

Jueves 6 de marzo de 2014

N° 8699

Acta de la sesión ordinaria número 8699, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 6 de marzo de 2014, con la asistencia de los señores: Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho, quien preside; Directores: Sr. Nieto Guerrero, Prof. Meléndez González, Licda. Solera Picado, Ing. Salas Carrillo, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Marín Carvajal; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La señora Presidenta Ejecutiva se incorporará a la sesión tan pronto le sea posible.

El Director Salas Carrillo ha pedido expresamente que no se le cancele la dieta correspondiente a esta sesión.

#### **ARTICULO 1°**

*“De conformidad con el criterio SJD-AL-0031-2020 del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 2°**

*“De conformidad con el criterio SJD-AL-0031-2020 del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 3°**

*“De conformidad con el criterio SJD-AL-0031-2020 del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 4°**

Se tiene a la vista la comunicación de fecha 14 de febrero del año 2014, que firma el Dr. Rodolfo Lambour, Director Ejecutivo de la Federación Centroamericana de Laboratorios Farmacéuticos (FEDEFARMA), dirigida a la Junta Directiva, y al Dr. Albin Chaves Matamoros, Director de Farmacoepidemiología, mediante la que remite una serie de observaciones en relación con el oficio N° DFE-AFEC-0026-01-14 del 22 de enero del año 2014, publicado en el Diario “La Gaceta” N° 24 del 4 de febrero del año 2014, en cuanto a las “*Condiciones específicas para la adquisición de medicamentos denominados antineoplásico y otros medicamentos de uso específico en patologías oncológicas y remato-oncológicas*”, que contraviniendo lo instruido por un tribunal jurisdiccional, manifiesta que se procedió a publicar sin consulta previa. Dado lo anterior formula las respectivas observaciones sobre la legitimación de plantear la consulta, violación al artículo 361 de la Ley General de Administración Pública y desacato a orden

judicial, sobre la inclusión de autoridades no estrictas en la norma, en cuanto a la consideración del criterio de los oncólogos de la Caja y eleva la siguiente petitoria:

1. "Se tomen en consideración las observaciones realizadas en el presente documento, y eliminar como Autoridades Regulatorias de Referencia a la ANMAT (Argentina), ANVISA (Brasil), CECMED (Cuba), INVIMA (Colombia) y COFEPRIS (México), de la lista de entes autorizados para emitir las certificaciones requeridas para el registro de oferentes de medicamentos antineoplásicos de la CCSS o para participar en las distintas modalidades de compra de antineoplásicos, para cumplir así con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud.
2. Conforme al artículo 361 de la Ley General de Administración Pública, se debe anular la publicación del 04 de febrero de 2014, y enviar a consulta pública por un plazo de 10 días hábiles los acuerdos tomados por el Comité de Farmacoterapia, mediante los oficios CCF-5921-12-13 y CCF 5663-11-13, sean el documento denominado "Condiciones específicas para la adquisición de medicamentos denominados antineoplásicos y otros medicamentos de uso específico en patologías oncológicas y hemato-oncológicas", para así cumplir con el debido proceso en la emisión de disposiciones de carácter general y evitar no solo un desacato contra la autoridad judicial sino también responsabilidades administrativas para los funcionarios correspondientes".

**Se tiene que** el texto mencionado fue publicado en "La Gaceta" N° 24 del 04 de febrero del año 2014, en los siguientes términos:

## **“VARIACIÓN DE PARÁMETROS**

### **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

GERENCIA LOGÍSTICA

DIRECCIÓN TÉCNICA DE BIENES Y SERVICIOS

COMUNICAN QUE:

Que en atención a oficio DFE AFEC 0026-01-14, se informa que se han realizado modificaciones en la Normativa denominada "Condiciones especiales para la adquisición y precalificación institucional de medicamentos denominados antineoplásicos y otros medicamentos de uso específico en patologías oncológicas y hemato-oncológicas", la misma puede ser consultada en la página: [www.ccss.sa.cr/](http://www.ccss.sa.cr/) Gerencia de Logística/ Normativa de Abastecimiento y Contratación Administrativa/ Medicamentos.

Esta modificación rige a partir de su publicación en el diario oficial *La Gaceta*.

Área Planificación de Bienes y Servicios. —Subárea Registro Institucional de Proveedores. —Ing. Cindy Madrigal Jiménez, Jefa. — 1 vez. —OC. 1143. —Sol. 2490. —C-14180. — (IN2014006557).

Que en atención a los oficios AMTC-0121-2014 del Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica y SIEI-033-2014 de la Subárea de Investigación y Evaluación de Insumos, se modificó las fichas técnicas de los medicamentos abajo descritos:

Código	Descripción medicamento	Observaciones
1-10-14-1016	Leflunomida 20 mg	Versión 16210 Rige a partir de su publicación en el diario oficial <i>La Gaceta</i>
1-10-26-1050	Levodopa 100 mg y carbidopa 2	Versión 28404 Rige a partir de su

	anhidra 25 mg	publicación en el diario oficial <i>La Gaceta</i>
1-10-41-4123	Ifosfamida 1 g ó 2 g	Versión 37902 Rige a partir de su publicación en el diario oficial <i>La Gaceta</i>
1-10-43-4360	Elementos traза. Solución inyectable	Versión 15903 Rige a partir de su publicación en el diario oficial <i>La Gaceta</i>

Estas fichas técnicas se encuentran disponibles en la Subárea de Investigación y Evaluación de Insumos, ubicada en el piso 12 del edificio Laureano Echandi, oficinas centrales, Caja Costarricense de Seguro Social.

Área Planificación de Bienes y Servicios. —Subárea Registro Institucional de Proveedores. —Ing. Cindy María Madrigal Jiménez, Jefa. —1 vez. —O. C. N° 1143. —Solicitud N° 2489. —C-28750. —(IN2014006565)”.

Asimismo, se tiene a la vista la comunicación número DFE-0178-02-14 de fecha 24 de febrero del año 2014, suscrita por el Dr. Albín Chaves Matamoros, Director de Farmacoepidemiología, mediante la cual se refiere al oficio indicado en el apartado a), remitido por la Federación Centroamericana de Laboratorios Farmacéuticos (FEDEFARMA). El apartado de conclusiones se lee de este modo:

*“Las diferentes iniciativas de la OMS y la OPS que se traducen en la emisión de recomendaciones y orientación para los países de la región sobre aspectos específicos relacionados con los medicamentos no son vinculantes para las autoridades en salud de cada país, sino por el contrario de carácter recomendativo y/o de referencia.*

*Los alegatos de FEDEFARMA se sustentan en un documento técnico relativo al Programa de Precalificación de Medicamentos de la OMS, donde se emiten RECOMENDACIONES y procedimientos para atender los LABORATORIOS INTERESADOS EN LA **PRECALIFICACIÓN** con énfasis en malaria, tuberculosis, HIV y antiparasitarios. Este documento **NO hace mención ni recomendaciones para los medicamentos antineoplásicos (ni para los biológicos). El país y la CCSS ha acogido esta iniciativa y, por ejemplo, en el Programa Institucional de TB aplica el concepto de oferentes precalificados por OMS para la compra de medicamentos. Por tanto, los asuntos técnicos de fondo, los argumentos expuestos por dicha Federación no aplicarían a los antineoplásicos.***

*Por otra parte, el reconocimiento como autoridad reguladora de referencia implica el cumplimiento de una serie de indicadores evaluados de forma sistemática, que documentan eficiencia y competencia en el desempeño de su función, lo que permite suponer que trabajan bien los diferentes aspectos de la regulación de medicamentos del país, en cuanto a aspectos de forma y fondo.*

*Por razones obvias, como parte del desempeño de la autoridad reguladora, no se consideran actividades de desarrollo ni supervisión de ensayos clínicos, aunque sí se menciona la posibilidad de producción nacional de medicamentos en el país evaluado.*

*Con lo expuesto, con relación al sistema de designación de Autoridades Regulatorias Nacionales Nivel IV, es claro que el sistema contiene los objetivos y alcance, además toda la información relacionada está disponible públicamente. Es importante señalar, que los países son soberanos en la toma de decisión y debemos señalar que hay varios países que han incluido en su legislación la homologación de registros sanitarios que hayan sido otorgados por las ARNs de Referencia Regional”,*

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlas a la Gerencia Médica para que, con el apoyo de la Dirección Jurídica, se analice el asunto y se recomiende lo pertinente.

#### **ARTICULO 5°**

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0031-2020** del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 6°**

Se tiene a la vista la comunicación de fecha 25 de febrero del año 2014, firmada por Comunidades de Villas de Ayarco del Distrito de San Juan, Santiago del Monte, Distrito San Diego, Distrito de Concepción y La Unión, Cartago (páginas con aproximadamente mil firmas), en la que se refieren que son vecinos del Sector de Villas de Ayarco (Residencial Villas de Ayarco, Condominio San Marino, Residencial Danzas del Sol, Residencial Torres del Este y Residencial Villas del Este), Santiago del Monte de San Diego, Cantón de La Unión, y solicitan que se reconsidere la decisión de cerrar tres EBAIS de la comunidad, ya que muchas personas se ven beneficiadas con los servicios de estos Centros de Salud y ha contribuido a evitar largas filas y listas de espera en las consultas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2009 la población era de aproximadamente 5000 habitantes, por lo que no se justificaba la cantidad de EBAIS existentes en el sector, pero ahora en el año 2013 aumentó aproximadamente a siete mil habitantes para dos EBAIS en Villas de Ayarco, casi similar en los demás distritos, por lo que en muchas ocasiones no da abasto la demanda del servicio de salud. Dado lo anterior, reiteran la solicitud de conservar los Trece EBAIS que actualmente tienen, para garantizar la calidad de la salud de los habitantes de sus comunidades; además, consideran que la Caja debe asumir la administración de los citados EBAIS y se oponen a la privatización de los servicios de atención primaria en salud, ya que tienen conocimiento que se van adjudicar a una universidad privada, eliminando tres centros. Manifiestan su solidaridad al personal del Programa de Atención Integral de Salud (PAIS) por la gran dedicación y cariño para el servicio, por lo que las comunidades están muy agradecidas y solicitan que se contrate a estos trabajadores para que continúen prestando los valiosos servicios. Refieren que las firmas fueron recopiladas durante el 2 de octubre y diciembre del año 2013, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Médica, para lo correspondiente y con la solicitud de que dé respuesta a los firmantes respecto del trámite que se dé a su gestión.

**ARTICULO 7°**

Se conoce el oficio número GM-AUD-8996-14 de fecha 25 de febrero del año 2014, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, en el que se refiere al Informe de Auditoría AGO-204-2012 “Estudio especial sobre el cumplimiento de las políticas de racionalización del gasto en el Área de Salud 3 San Rafael-Chomes-Monteverde. El citado oficio literalmente se lee de esta manera:

*“Este Despacho recibió el 6 de febrero de 2014 el oficio No. EIASF-018-2014 de fecha 05 de febrero de 2014, suscrito por la Licda. Roxana Aguilar Arguedas, del Equipo Intergerencial Análisis y Seguimiento Financiero, mediante el cual se remite el seguimiento realizado al Área de Salud 3 San Rafael-Chomes-Monteverde, correspondiente a las recomendaciones 1, 2, 3 y 4.*

*Con el objeto de mantener informada a la Junta Directiva del seguimiento respectivo, se facilita mediante este acto copia del oficio EIASF-018-2014, así mismo se informa que esta Gerencia solicitó información respecto a la recomendación N° 4, ya que no se detectó información al respecto.*

*Así mismo, con el oficio GM-AUD-8995-14 de fecha 25 de febrero del 2014, se solicitó a la Dirección Médica del Área de Salud 3 San Rafael-Chomes-Monteverde, coordinar con el equipo Intergerencial la asesoría respectiva a fin de que se mejoren los controles locales y se replantee el “Plan de mejoras para la contención del gasto” para el período 2014 y se remita a este Despacho de forma trimestral para la evaluación respectiva, ya que de 13 indicadores se lograron cumplir dos y se informa que cuatro no tienen asignación presupuestaria por lo que no aplica y los restantes 7 no cumplieron con la ejecución determinada.*

*Respecto a la recomendación N° 4, no se evidencia si se realizó o no el sistema de información y la evaluación a este de haber sido implantado; lo anterior ya que con esta herramienta recomendada se podría efectuar un mayor control”.*

**Se tiene** que en el artículo 10° de la sesión N° 8601, celebrada el 20 de septiembre del año 2012, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

*“Conocida la copia del oficio número 44308 de fecha 3 de setiembre del año 2012, suscrita por el Auditor Interno, dirigida al Dr. Eduardo López Cárdenas, Director Médico y al MBA. José Gabuardi Montero, Director Administrativo Financiero del Área de Salud 3 San Rafael-Chomes-Monteverde, mediante la que les remite el Informe N° AGO-204-2012 referente al “Estudio especial sobre la aplicación de las medidas para la contención del gasto en el Área de Salud 3 San Rafael-Chomes-Monteverde, U.E. 2511”, la Junta Directiva **ACUERDA** solicitar a las Gerencias Médica y Financiera que le den seguimiento al asunto”,*

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladar dicho informe a la Auditoría para lo procedente y solicitar a la Gerencia Médica que respecto de este asunto, en adelante, informe directamente a la Auditoría.

**ARTICULO 8°**

Se tiene a la vista el oficio número DPI-100-14 de fecha 27 de febrero del año 2014, suscrito por el Dr. Róger Ballester Harley, Director de Planificación Institucional, en el que señala que, en atención al oficio N° DP-0138-2014, suscrito por la Licda. Sara González Castillo, Directora de Presupuesto, y según lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 54° de la sesión N° 8694, en donde se aprobó la modificación presupuestaria N° 01-2014 del Seguro de Salud, adjunta la nota N° DPI-APO-07-14, suscrita por la Licda. Marta Jiménez Vargas, Jefa del Área de Planificación Operativa, en la que se refiere a la incidencia en el Plan Presupuesto Institucional 2014 (PPI), con el fin de que forme parte del expediente de este acuerdo. El oficio N° DPI-APO-07-14 dice textualmente:

*“En atención al oficio DP-0138-2014, del 12 de febrero del presente año, suscrito por la Licda. Sara González Castillo, Directora de la Dirección de Presupuesto, quién solicita conocer la incidencia de la Modificación Presupuestaria 01-2014 en el Plan Anual, se informa que se ha procedido a la revisión de la programación física Institucional del 2014, y del análisis efectuado se determinó lo siguiente:*

*De los recursos asignados correspondientes al Seguro de Salud, se distribuye entre distintas subpartidas y en diferentes unidades ejecutoras la suma de ¢5.762,8 millones, de los cuales ¢5.007,2 millones corresponden al Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas y ¢755,6 millones al Programa de Conducción Institucional.*

*De total concedido ¢4.845,6 millones se asignan al grupo de Remuneraciones, siendo el principal movimiento la creación de 207 plazas nuevas de financiamiento central, las cuales se resumen a continuación:*

- ❖ *175 plazas de Médicos Asistentes Especialista*
- ❖ *8 plazas de Odontología Especialistas para Servicios Social*
- ❖ *4 plazas por Orden Judicial*
- ❖ *8 plazas, Laboratorio Clínico Hospital San Juan de Dios*
- ❖ *9 plazas, Área de Salud de Hatillo*
- ❖ *3 plazas de Técnico en Mantenimiento 3 para el Laboratorio de Soluciones Parenterales*

*La creación de estas plazas contribuyen al logro de las actividades de producción establecidas en los diferentes indicadores e institucionalmente inciden en el logro de la meta “PND 1.7/GM Contratación de 150 especialistas para la prestación de servicios de salud”, del Programa 01: Atención Integral a la Salud de las Personas.*

*Los restantes ¢917.2 millones se distribuyen en diferentes subpartidas, son rubros que no inciden directamente en la ejecución de las metas programadas en el Plan Anual Institucional, pero son necesarias para el desarrollo de las diferentes actividades de las unidades ejecutoras”.*

La Directora Solera Picado hace ver la necesidad de que se pida información complementaria concreta que permita determinar, efectivamente, qué impacto concreto tienen las plazas en la producción de servicios,

**y, en cuanto a la creación de doscientas siete plazas nuevas de financiamiento central, la Junta Directiva –por unanimidad- ACUERDA** solicitar a la Dirección de Planificación

Institucional que amplíe el informe en consideración y se refiera al impacto concreto que tienen las citadas plazas en la producción de servicios.

#### **ARTICULO 9°**

*“De conformidad con el criterio SJD-AL-0031-2020 del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 10°**

Se conoce el oficio número ANM 11-14 de fecha 28 de febrero del año 2014, que firma el Dr. Carlos Arrea Baixench, Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica (ACANAMED), en el que informa que la Academia Nacional de Medicina de Costa Rica fue creada por el Decreto Ejecutivo (N° 25062-S), como un organismo permanente cuyo fin es promover y fortalecer la Medicina en Costa Rica en toda su amplitud; es considerada una institución de utilidad pública dentro de cuyos objetivos están: promover la medicina nacional y la investigación médica para el bienestar de los costarricenses, participar en la preservación de los valores éticos y morales que han caracterizado a la medicina de nuestro país y divulgar los problemas médicos de actualidad. Indica que la Academia dedicará el Año Académico 2014 a la importancia de la Investigación en medicina y con motivo de la inauguración ha organizado la conferencia magistral *“Importancia de la Investigación en el Desarrollo Científico”*, que será dictada por el Dr. Gabriel Macaya Trejos, miembro de la Academia Nacional de Ciencias y Profesor Catedrático de la Universidad de Costa Rica. Dicho acto se llevará a cabo el día jueves 13 de marzo a las 7:00 p.m. en el auditorio del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, por lo que sería un honor contar con su presencia en esta actividad, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** tomar nota y agradecer la invitación.

#### **ARTICULO 11°**

Se tiene a la vista la copia del oficio número 26629 de fecha 26 de febrero del año 2014, suscrita por el Auditor Interno, dirigida al Gerente Financiero, mediante el cual remite observaciones respecto del Proyecto Modernización del Sistema Financiero Institucional *“Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la CCSS”*. La citada copia se lee así:

*“Como es de su conocimiento, a través de distintos oficios esta Auditoría se ha pronunciado sobre el “Proyecto de Modernización del Sistema Financiero Institucional”, hoy llamado “Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la CCSS”, preocupados por el avance del mismo ya que constituye una iniciativa de relevancia institucional, razón por la cual señalamos algunas observaciones que deben considerarse para valorar la continuidad del proyecto.*

*En el artículo 63 de la sesión 8073 del 14 de julio 2006, en respuesta a las disposiciones contenidas en el informe de la Contraloría General de la República DFOE-SA-20-2003 y ante la necesidad de modernizar y fortalecer la gestión financiera institucional, la Gerencia Financiera en ese momento decide iniciar la ejecución del proyecto*

denominado "Modernización del Sistema Financiero Institucional", cuyo primer estudio preliminar se elaboró en enero del 2007.

En octubre 2010, se define la primera versión del documento "Términos de Referencia Técnicos y Pliego de Condiciones para la Contratación" como propuesta del Cartel, mismo que fue elaborado por el "Consortio Tecnomática Internacional & Grupo Asesor en Informática" y que fuera actualizado en febrero 2011, el cual indica textualmente sobre el enfoque de la solución:

*"(...) establece las mejoras en los procesos de negocio, en el entorno del Sector Gobierno, Salud y Seguridad Social, para las siguientes disciplinas de gestión de recursos gubernamentales en las materias indicadas dentro de la Caja: formulación de presupuesto, ejecución de presupuesto, compras, control de inventarios, activos fijos, tesorería, contabilidad, manufactura, facturación por servicios médicos, ordenes de servicio, costos de salud y administrativos, control de costos de salud y administrativos, gobernanza, inteligencia de negocios, procesos de integración y contabilidad de proyectos. "*

Este documento menciona que en ese momento no se había definido el origen de los recursos económicos para ejecutar el proceso de compra.

En noviembre 2013, el documento Cartel, redefine el nombre del proyecto, "Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la Caja Costarricense del Seguro Social", así como el enfoque del mismo, que indica lo siguiente:

*"(...) que establece las mejoras en los procesos de negocio, en el entorno del Sector Gobierno, Salud y Seguridad Social, para las siguientes disciplinas de gestión de recursos gubernamentales en las materias indicadas dentro de la Caja: Planificación, Gestión del Presupuesto, Compras, Activos Fijos, Gestión de Inventarios, Nómina Institucional, Tesorería, Inversiones, Contabilidad, Gestión de Manufactura, Costos de Salud, Facturación de Servicios de Salud, Órdenes de Servicios y Costos Administrativos, así como el control de costos para los tipos de costos señalados, gobernanza, inteligencia de negocios, procesos de integración y contabilidad de proyectos. "*

En este último se destacan dos nuevos procesos: la Nómina Institucional e Inversiones.

Por otro lado, en nota GF-14.938 del 05 de junio de 2013, suscrita por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, responde a una serie de interrogantes efectuadas por este ente fiscalizador, de las cuales se destacan las mencionadas a continuación: Sobre el estado actual del proyecto de Modernización del Sistema Financiero Institucional (ERP):

*"(...) La solución diseñada se presupuesta a partir de un estudio de mercado realizados en el año 2010. "*



*"La conceptualización actual del Proyecto de Modernización del Sistema de Información*

*Financiera, se estableció desde el año 2008 y considerando la vertiginosa evolución de las tecnologías de información y comunicaciones, esta Gerencia considera necesario someter este diseño al contexto tecnológico actual. "*

*Sobre los diferentes escenarios financieros para el proyecto:*

*"(...) al día de hoy la estimación inicial del costo del proyecto (entre \$80 y \$100 millones) podría disminuirse hasta un 50%, solo por abaratamiento de las TIC (...)"*

*"(...) tómesese en cuenta que hasta el día de hoy no se dispone de los recursos financieros específicos para financiar este proyecto. En ese sentido la Gerencia Financiera trabajo en la creación de reservas que permitan financiar debidamente el proyecto. "*

*Sobre alguna limitación que impida el correcto avance del proyecto:*

*"Siendo que el proyecto se fundamenta en el ajuste de los procesos institucionales que serán gestionados con el GRP, a las mejoras prácticas internacionales, se tiene como necesario determinar el grado de esfuerzo que se debe realizar para llegar a esas mejores prácticas (análisis de brecha), con el fin de establecer la viabilidad operativa del proyecto. "*

*Ante este panorama, es menester de esta Auditoría advertir y prevenir los riesgos identificados en cuanto a la gestión del Proyecto de Modernización del Sistema Financiero, hoy llamado "Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la CCSS", con el fin de girar las instrucciones necesarias para gestionarlos y se garantice el éxito del mismo, lo que conlleva al cumplimiento de los objetivos de éste, la aplicación de las técnicas, herramientas y habilidades para consecución de las actividades y la satisfacción de los requerimientos, considerando prioritario el equilibrio entre: el presupuesto, alcance, calidad y recursos que dispone la institución actualmente.*

**• Del presupuesto:** *No hay una clara estimación del costo del proyecto en la actualidad; según consta en oficio GF-49.126 del 03 de diciembre del 2013 suscrito por el Gerente Financiero la solución diseñada se presupuestó a partir de un estudio de mercado realizado en el año 2010. Además, se han elaborado sesiones con expertos en torno a contextualizar el planteamiento a la luz del marco estratégico actual de la institución y las más recientes posibilidades tecnológicas, las cuales han determinado una posible disminución del 50% de la estimación inicial del costo del proyecto.*

**• Del alcance:** *El proyecto ha evidenciado cambios importantes desde su concepción, ya que el mismo inició bajo la necesidad de mejorar el Sistema Financiero Institucional y en la actualidad se enfoca en una herramienta GRP (siglas en inglés referente a Sistema de Planificación de Recursos Empresariales para Gobierno,) que entre otros, integra procesos importantes de la Institución los cuales no son de competencia de la Gerencia*

*Financiera, tal es el caso de planificación, nómina e inversiones, situación que genera una visión más estratégica y participativa de otras gerencias.*

- **De la calidad:** *No se ha realizado el análisis de brechas con respecto a la identificación y mejoras en los procesos de la institución que formarían parte del ERP (siglas en inglés de Planificación de Recursos Empresariales) y su alineación a esa herramienta de clase mundial.*

- **Del recurso económico:** *A la fecha no se dispone de recursos económicos específicos para financiar el proyecto, según lo indicado a esta Auditoría por parte de la Administración.*

*Al respecto, preocupa a este ente fiscalizador, que de continuar con este proyecto tal y como se encuentra definido en la actualidad, se materialicen riesgos asociados a costos desfasados, pérdida de enfoque en las expectativas del proyecto, falta de control sobre el progreso del mismo, poca participación y visión estratégica, falta de análisis de brechas en cuanto a los estándares de los ERP, confusión e incertidumbre de lo esperado, así como requerimientos no especificados que puedan incurrir en proyectos inconclusos.*

*Siendo así y considerando la importancia de renovar los sistemas informáticos obsoletos utilizados en este momento para la gestión financiera institucional, esta Auditoría previene a la Administración Activa sobre la necesidad de definir una estrategia en la cual se aclare el enfoque, alcance, presupuesto y recursos con respecto a los avances tecnológicos y el rezago de los estudios efectuados en torno al "Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la Caja Costarricense del Seguro Social"; asimismo, es prioritario analizar cuidadosamente el alineamiento de los procesos utilizados en la CCSS y los definidos en las herramientas GRP según sus estándares de clase mundial, con el fin de lograr una coherencia en la etapa de implementación. Finalmente, considerar el involucramiento e integración de otras gerencias dado el enfoque estratégico que requiere este proyecto.*

*Por lo anterior, se estima necesario que esa Gerencia informe a esta Auditoría sobre las acciones que se ejecuten a atención al presente oficio”.*

La Directora Solera Picado expresa su preocupación por que, conforme al estudio que ella ha realizado sobre acuerdos de Junta Directiva pendientes, que requieren una atención prioritaria para cerrarlos, está el tema del sistema automatizado. Recuerda que iniciando esta administración, en las primeras sesiones, tanto el señor Auditor como el Director Loría Chaves se refirieron al tema, y se pidió un informe de avance para ser conocido en junio de 2013. Incluso se habló en ese momento de la necesidad de iniciar con un módulo, para ir agregando otros mientras avanzaba el proyecto. Sin embargo, no se cumplió con las instrucciones giradas por este órgano colegiado.

Al Director Marín Carvajal le satisface que la Auditoría haya mencionado el tema, porque recuerda que en varias ocasiones el compañero Loría Chaves ha planteado y denunciado que el Gerente Financiero no ha presentado el sistema, a pesar de ser un acuerdo de Junta Directiva que se ha solicitado con insistencia.

Agrega la Directora Solera Picado que, dentro de la agenda de esta sesión, se ha incluido un informe sobre el cumplimiento de las Recomendaciones de los Notables, entre las que está vinculado este tema.

**Se toma nota** de que el asunto se retomará en el transcurso de la sesión para resolver lo pertinente.

#### **ARTICULO 12°**

Conocida la copia del oficio número UMN-81-2014 de fecha 21 de febrero del año 2014, suscrita por el Dr. Edwin Solano Alfaro, Presidente de la Unión Médica Nacional, dirigida a la Gerente Médico, mediante la cual acusa recibo de la respuesta brindada según oficio N° GM-S-2267-14 (*informa que debido a que la Institución no cuenta a la fecha con un sistema centralizado de Recursos Humanos, es materialmente imposible remitirle los nombres de los médicos generales que a nivel nacional atienden consulta*) por lo que se ve obligado a indicar lo siguiente:

1. *“Lamentamos profundamente que la Gerencia Médica, reconozca que no sabe ni tiene información acerca de cuáles médicos generales están atendiendo la consulta de un especialista, con la excusa de que “la Institución no cuenta a la fecha con un sistema centralizado de Recursos Humanos”, situación que nos parece asombrosa.*
2. *De conformidad con los derechos que le asisten a los usuarios, la primera unidad que debe tener estos datos dentro de la Caja es precisamente la Gerencia Médica.*
3. *En todo caso y ante la evidencia de que esta Gerencia Médica no tiene los datos solicitados y nos parece que debió canalizar como mínimo la solicitud hecha por mi representada a todas las unidades y centros médicos de la Caja. Ante tal situación solicitamos que la Gerencia Médica delegue en las Direcciones Médicas de Hospitales y Áreas de Salud, que nos brinden la información solicitada”,*

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** solicitar a la Gerencia Médica que, por medio de los canales correspondientes, gestione la información solicitada y la remita al petente.

#### **ARTICULO 13°**

**Se toma nota** de la copia del oficio número UMN-82-2014 de fecha 26 de febrero del año 2014, suscrita por el Dr. Edwin Solano Alfaro, Presidente, Unión Médica Nacional, dirigido a la Gerente de Logística, en el cual manifiesta que, de acuerdo con la información remitida según oficio N° DABS-03110-2013 de fecha 5 de diciembre del año 2013, suscrito por el Lic. Manrique Cascante Naranjo, le indica que una vez analizada la información encontraron algunas inconsistencias en cuanto a las empresas proveedoras adjudicadas durante los años 2013 y 2014; hallaron que 12 empresas no aparecen inscritas, 8 aparecen morosas y 3 inactivas, situación que consideran atenta contra la Ley Constitutiva de la Caja, además que incumplen con las obligaciones para con la seguridad social y que lucran por medio de los contratos con la Institución. Cita los fundamentos legales y solicita que se le informe lo siguiente:

1. *“Qué acciones se tomarán para la resolución del contrato de las empresas mencionadas.*
2. *De no haberse tomado ninguna acción solicitamos que se inicie el proceso de resolución contractual de estas empresas y que se nos mantenga informados de la resultas del mismo”.*

#### **ARTICULO 14°**

**Se toma nota** de la copia del oficio de fecha 26 de febrero del año 2014, que firma el Lic. Luis Gamboa Arguedas, Presidente de la Asociación Pro Hospital Nacional de Niños, dirigido a la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, en la que manifiesta su complacencia por la invitación a la reunión del 3 de marzo en curso, a las 3 p.m.; sin embargo, señala que han designado al fiduciario Banco Nacional de Costa Rica, para negociar hasta lograr un acuerdo respecto de la aceptación técnica final de la “Torre de Esperanza”, una vez que esté construida y totalmente equipada. Dado lo anterior, debe declinar la invitación y le agradece le mantenga informado sobre el acuerdo al que lleguen en dicha reunión.

#### **ARTICULO 15°**

Se tiene a la vista la copia de la comunicación de fecha 28 de febrero del año 2014, firmada por el Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz, dirigida a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, en la cual expresa su situación respecto del nombramiento interino en la plaza N° 05397 de Médico Director 2, correspondiente al cargo de Director General del Hospital San Vicente de Paúl. Señala que ingresó a laborar para la Institución el 7 de marzo del 2005 y a la fecha no ha tenido la oportunidad de obtener plaza en propiedad en la Caja; actualmente labora en el Hospital México desde el 10 de agosto del año 2009 como Jefe de Consulta Externa y ha realizado los nombramientos en ascenso interino como Subdirector General a.i., desde hace aproximadamente dos años y seis meses alcanzando un grado de antigüedad y de estabilidad laboral en dicho Hospital, no así en propiedad. Indica que se presentó al concurso con una ilusión y con todas las ganas de trabajar y brindar a la institución su expertice al servicio de los asegurados y autoridades de la Caja, pero no tenía claro el riesgo al que se enfrentaba con un nombramiento de tres meses en condición interina. Dado lo anterior, se ve obligado a declinar el nombramiento discutido en el artículo 19° de la sesión N° 8697, ya que por la inestabilidad de su condición laboral y al no contar con una propiedad se somete a un gran riesgo de no contar con opción laboral en caso de concluir el interinato como Director 2; situación que afectaría tanto a su persona como a su familia por la falta de ingresos económicos. Agradece la atención brindada en todo momento y hace del conocimiento que está al servicio cuando así se requiera, y se toma nota de que, en la sesión de esta fecha, la Gerencia Médica someterá a consideración el asunto.

#### **ARTICULO 16°**

Se tiene a la vista la copia del oficio número 02188 (DFOE-SD-0480) de fecha 27 de febrero del año 2014, suscrita por la Licda. Inés Patricia Mora Naranjo, Fiscalizadora de la División de Fiscalización de Seguimiento de Disposiciones, Contraloría General de la República, dirigida a la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva, mediante la cual solicita información relacionada con el avance en la implementación del plan de acción solicitado en la disposición a) contenida en el aparte 4 del informe No. DFOE-SOC-IF-15-2011, relacionado con el proceso de

asignación y distribución de recursos del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja. La citada copia dice:

*“Me refiero a su oficio No. P.E. 53.928-13, recibido el 17 de octubre de 2013, mediante el cual transcribe el artículo 4° de la sesión 8669 de la Junta Directiva de esa institución, llevada a cabo el 14 de octubre del mismo año, en el cual se aprueba el nuevo Plan de Acción en atención a lo solicitado en la disposición a)<sup>1</sup> de aparte 4 del informe DFOE-SOC-IF-15-2011, relacionado con el proceso de asignación y distribución de recursos del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.*

*Al respecto, interesa se remita, en el transcurso de los **doce días hábiles** posteriores al recibo de este oficio, un informe de avance de dicho plan con corte al 28 de febrero de 2014, en el cual se incluya un detalle del estado de los entregables logrados, eventuales atrasos y su incidencia en el cronograma propuesto”.*

**Asimismo, se tiene que** en el artículo 4° de la sesión N° 8669, celebrada el 14 de octubre del año 2013, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

*“**Por consiguiente**, sometido a consideración lo planteado por la Dirección de Planificación Institucional respecto de la disposición a) del DFOE-SOC-IF-15-2011 relacionado con el proceso de asignación y distribución de recursos del Seguro de Enfermedad y Maternidad, la Junta Directiva **ACUERDA:***

- 1) Aprobar el nuevo Plan de Acción para la atención de la disposición a) del informe DFOE-SOC-IF-15-2011 de la Contraloría General de la República y, en consecuencia, dejar sin efecto el cronograma aprobado en el artículo 8° de la sesión número 8613 del 29 de noviembre del año 2012. Lo anterior, en procura de lograr los resultados esperados por la Institución y cumplir con los requerimientos del ente Contralor y la necesidad de integrar a nivel interno los componentes que están asociados a la planificación y asignación de recursos por red de servicios.*
- 2) Instruir a las Gerencias involucradas para que lideren la conducción de dicho plan de acción, y utilicen como referencia las fechas aprobadas en esta presentación para la entrega oportuna de los productos requeridos. Además, deberán realizar informes de avance trimestrales a esta Junta Directiva.*

---

<sup>1</sup> *“Ordenar a la Presidencia Ejecutiva...l La presentación de un plan de acción que permita llevar a la organización a desarrollar un proceso de planificación institucional y a efectuar una asignación de recursos del SEM, acorde con el modelo vigente de atención de la salud, por red de servicios y sus tres niveles de atención. Ese plan de acción debe considerar, entre otras acciones, la determinación y priorización de necesidades de recursos por red de servicios, la definición de protocolos de negociación de presupuestos, la revisión de la normativa vigente en materia de planificación y asignación de recursos, la valoración del impacto de la desconcentración, el análisis del rezago en el desarrollo de infraestructura y dotación de equipo, la gestión de las listas de espera y la evaluación sobre la efectividad de los compromisos de gestión y el valor agregado que están generando en la prestación de los servicios de salud con el fin de determinar los aspectos en los que deben ser mejorados, y de ser necesario se tomen las acciones pertinentes que permitan que esa herramienta contribuya en mayor medida al mejoramiento de la gestión institucional. Además, dicho plan deberá definir las actividades, fechas de cumplimiento y los responsables de su implementación. Para acreditar el cumplimiento efectivo de esta disposición, el acuerdo respectivo deberá remitirse a esta Contraloría General antes del 17 de febrero del 2012 y el plan aprobado por esa Junta a más tardar el 31 de julio de 2012. Ver puntos 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.2 y 2.3”.*

- 3) *Instruir a la Dirección de Planificación para que continúe realizando el control y seguimiento del cumplimiento del referido informe de Contraloría.*
- 4) *Comisionar a la Presidencia Ejecutiva para que comuniqué a la Contraloría General de la República los acuerdos tomados por esta Junta Directiva, para la atención de lo dispuesto en el DFOE-SOC-IF-15-2011, e indicar que la implementación de este proyecto se hará gradualmente dada la complejidad de los instrumentos y de las decisiones que debe tomar la Institución y su impacto en la sostenibilidad del sistema”,*

y **se toma nota** de que la atención de este asunto está en manos de la Presidencia Ejecutiva.

#### **ARTICULO 17°**

Por unanimidad, **se declara la firmeza** de la correspondencia hasta aquí aprobada.

La señora Presidenta Ejecutiva ingresa al salón de sesiones y asume la Presidencia.

#### **ARTICULO 18°**

Se someten a revisión y **se aprueban** las actas de las sesiones números 8597 y 8599.

Ingresan al salón de sesiones las licenciadas Ana María Coto Jiménez, Asesora, y María Isabel Albert y Lorenzana, Abogada de la Gerencia Médica.

#### **ARTICULO 19°**

La señora Gerente Médico presenta el oficio N° GM-SJD-4887-2014, de fecha 5 de marzo del año 2014, por medio del que se atiende lo resuelto en el artículo 15° de la sesión N° 8695 y se presenta la propuesta de respuesta en relación con la denuncia interpuesta por el señor Alberto Cabezas Villalobos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en la que alega que en Costa Rica, desde la existencia del Decreto Ejecutivo número 19933-S del 13 de setiembre de 1990, se ha discriminado a los homosexuales y bisexuales al prohibírseles donar sangre, en razón de su orientación sexual.

La presentación está a cargo de la licenciada Albert y Lorenzana, con base en las siguientes láminas:

- i) Dirección Jurídica  
Gerencia Médica  
DONACION DE SANGRE POR PARTE DE LOS HOMOSEXUALES Y  
BISEXUALES  
PROPUESTA DE RESPUESTA A:  
Denuncia presentada por el Sr. Alberto Cabezas Villalobos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.  
Licda. María Isabel Albert y Lorenzana  
Dirección Jurídica.

ii)

El señor Alberto Cabezas Villalobos alega en su denuncia

Que desde la existencia del Decreto Ejecutivo número 19933-S del 13/09/1990 se ha discriminado a los homosexuales y bisexuales, al prohibírseles donar sangre, en razón de su orientación sexual.

Señala que pese a que el Decreto fue derogado, se faculta a los médicos a excluir a los hombres gays donar sangre en razón de su orientación sexual.

Alega que las autoridades de la CCSS desconocen la existencia de nuevas tecnologías para detectar los anticuerpos del SIDA como enfermedades de transmisión sexual que comprometen la salud, lo que provoca que la orientación sexual del donante sea vista como el factor de riesgo y no su comportamiento en sí.

Señala que en la actualidad la transmisión de dicho virus no depende de la orientación sexual, sino de varios factores que deben de ser aclarados al momento de la elección del donante, los cuales no afectan el derecho a la igualdad y no discriminación y permiten desincentivar prejuicios y estigmas contra esta población.

iii)

- Sobre este mismo asunto habían existido razonamientos por parte de las distintas instancias involucradas por los mismos hechos denunciados, que aún siguen vigentes los cuales señalaremos de forma resumida:
- Donar sangre no es un derecho fundamental, es una actitud de colaboración de carácter altruista para con la sociedad, por lo que al no donar no existe violación a ningún derecho de ese tipo.
- Los gays y bisexuales, pertenecen a los llamados grupos de riesgo, dicho grupo está compuesto además por las prostitutas, promiscuos, drogadictos o quienes se relacionen con ellos.

iv)

- En el caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres, sean homosexuales o bisexuales, continúa siendo el grupo más afectado, debido a que el sexo anal sin protección es la práctica sexual más eficiente para la transmisión del VIH por la vía sexual y otras enfermedades como la Hepatitis B y C y HTLV debido al daño y microlesiones producidas durante el proceso tanto en la persona que la realiza como la que recibe la penetración y las características particulares del área de penetración.

v)

- El desarrollo de la ciencia a nivel mundial no permite garantizar transfusiones de sangre 100% seguras, debido a que no todas las enfermedades pueden ser detectadas ni aún con el tamizaje correspondiente, por lo que si existe alguna razón para sospechar que una persona pertenece a un grupo de riesgo, puede sospecharse que este grupo de personas denominadas “DE ALTO RIESGO” pueden haber contraído el VIH u otras enfermedades.
- Además existe el llamado “PERÍODO VENTANA” en el cual los anticuerpos no se detectan sino hasta después de semanas o meses después de haber ocurrido la exposición.
- Por esa razón, para lograr la mayor protección posible a la salud pública de la población, es necesario desde el punto de vista médico, extremar las medidas de seguridad con otras medidas que ayuden a minimizar el riesgo de las transfusiones en la población general.

vi)

- *Dentro del marco de las potestades irrenunciables del Estado costarricense en materia de salud pública, cobran central importancia las políticas de prevención de la salud, las cuales por ser de carácter general, entre otros factores deben tomar en cuenta aspectos epidemiológicos que -en temas como el que se analiza-, procuren evitar al máximo la utilización de sangre contaminada que ponga en peligro la salud o la vida de las personas.*

vii)

- La jurisprudencia constitucional señala que el artículo 33 de la Constitución Política, estima como discriminatorias, únicamente aquellas diferenciaciones de trato que no estén basadas en parámetros objetivos y razonables y que es posible dar un tratamiento diverso a situaciones distintas.
- En este caso de selección de donantes es fundada en criterios objetivos, válidos por lo que no generan discriminación alguna

viii)

- Con base en lo anteriormente expuesto, se tiene, que no existe discriminación ni violación al derecho contenido al artículo 33 de la Carta Magna
- las políticas existentes para la donación de sangre y los documentos emitidos por el Banco Nacional de Sangre tienen sustento en la normativa legal existente y se han elaborado con la intención de velar por el bienestar colectivo y no el interés individual.
- por consiguiente cuando se define un “grupo de alto riesgo” y un donador de alto riesgo no se hace con la intención de crear desigualdad entre los seres humanos sino por el interés público de salvaguardar la salud de todos los individuos.

ix)

De la misma manera el Estado costarricense por medio de sus autoridades en salud, en este caso la Caja Costarricense de Seguro Social, a través del Banco Nacional de Sangre, está obligado a proteger la salud de los habitantes mediante políticas de prevención general basadas en criterios médicos de carácter objetivo, como lo son los criterios epidemiológicos.

x)

Igualmente los médicos son responsables y tienen la obligación de resguardar la salud de su paciente, garantizando que los tratamientos a él suministrados no resulten contrarios al derecho a la salud o la vida de las personas, es por esto, que las políticas implementadas por el banco nacional de sangre se encuentran conforme a derecho y no representan ningún tipo de discriminación, ni violación a ningún derecho fundamental, siendo que la donación de sangre no es un derecho, sino una actitud de colaboración del ciudadano para con la sociedad.

xi)

- Por último corresponde señalar que de los registros de la Gerencia Médica no se evidencia que el Sr. Alberto Cabezas Villalobos haya interpuesto una denuncia formal como tal, basado en los hechos que ahora expone ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos



xii) **RECOMENDACIÓN**

La Gerencia Médica se permite presentar propuesta de respuesta al oficio DJO-047-2014 de fecha 17 de febrero del 2014, suscrito por la Licda. Vanessa Videche Muñoz, Directora Jurídica del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, en razón de lo anterior se recomienda a la Junta Directiva acoger dicha propuesta.

**PROPUESTA DE ACUERDO**

La Junta Directiva una vez realizada la presentación por parte de la Dirección Jurídica de la propuesta de respuesta al oficio DJO-047-2014 de fecha 17 de febrero del 2014, suscrito por la Licda. Vanessa Videche Muñoz, Directora Jurídica del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, misma que fue acogida por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-4887-2014, **ACUERDA:** Dar por acogida la propuesta de respuesta al oficio DJO-047-2014 de fecha 17 de febrero del 2014, suscrito por la Licda. Vanessa Videche Muñoz, Directora Jurídica del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, la cual se adjunta.

Considera el Director Gutiérrez Jiménez que el abordaje es correcto, sin embargo quisiera dejar claro que, por lo menos para él, se está velando por una tutela obligada de un bien superior, que es el interés público de aquellos que van a recibir la transfusión de sangre y que nada tiene que ver con discriminación. Por ello, los cardiópatas o las personas que están recibiendo medicamentos no pueden llegar a donar, no porque haya una discriminación para cardiópatas, sino porque los medicamentos que toman pondrían en riesgo a una población que va a ser beneficiada con la transfusión; ese es el mismo criterio que se estaría aplicando en el presente caso. El hecho de que alguien tenga una preferencia sexual no hace una diferencia en ese sentido; ciertamente hay muchos homosexuales, lesbianas y prostitutas que practican el sexo seguro, pero no hay una forma de asegurarlo y no se puede pensar, bajo una excepción, hacer la regla. Y la regla es proteger a la población.

El licenciado Alfaro Morales comparte el criterio de don Adolfo y cree que precisamente el dictamen lo que señala es que existe una razón científica, técnico-médica, para que este grupo sea excluido de esta posibilidad de donar. Esta decisión y este criterio médico que se aborda y la eventual decisión de esta Junta Directiva, no están sustentados en aspectos de orden moral, sociológicos, religiosos y de ninguna otra naturaleza. Lo que se está señalando está basado estrictamente en un criterio técnico-médico.

Considera el Director Fallas Camacho que valdría la pena, para efectos de actas, destacar que hay un protocolo para la selección de los posibles donantes, que no excluye aspectos de preferencias sexuales, que contiene elementos puramente médico científicos, que se debe seguir para minimizar el riesgo en una transfusión.

Leída la propuesta de acuerdo, se hacen observaciones y ajustes para complementarla.

**Se toma nota**, finalmente, de que se redactará propuesta de acuerdo y se presentará en el transcurso de la sesión.

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

**ARTICULO 20°**

La doctora Villalta Bonilla presenta el oficio N° GM-SJD-4883-2014, fechado 04 de marzo del año 2014, por medio del que se presenta la propuesta de acuerdo para la contratación y traslado de Médicos Especialistas; Contrato Retribución Social suscrito con la Caja.

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

- a) Propuesta de acuerdo  
**CONTRATACION Y TRASLADO DE MEDICOS ESPECIALISTAS. CONTRATO DE RETRIBUCIÓN SOCIAL SUSCRITO CON LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.**  
 Gerencia Médica.
- b) Antecedentes.
- La Junta Directiva en el artículo 27° de la sesión N° 8485, celebrada el 16 de diciembre de 2010, aprobó el ***“REGLAMENTO QUE REGULA LA RELACIÓN DEL RESIDENTE Y SU COMPROMISO COMO ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL POR MEDIO DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA”***. .
  - **Que el artículo 5 señala que “con el Contrato de Retribución Social el Residente se compromete a laborar para la Institución, en el Centro de trabajo que al efecto, designe la Comisión de Distribución de Especialistas y por un período de un año de trabajo, por cada año de estudio, hasta un máximo de tres años”**.
- c) Antecedentes.
- Que los profesionales en Medicina una vez admitidos en el Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, suscriben con la Institución un Contrato de Retribución Social Bajo el Sistema de Residencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.
  - El contrato que suscribe el médico que opta por una residencia, constituye un acto motivado y sustentado en la satisfacción de un fin público, a saber, garantizar personal idóneo y especializado en los servicios asistenciales de la Institución, en procura de proteger el derecho a la salud de la población.
  - La distribución de médicos especialistas obedece a la necesidad de hacer un uso racional de los recursos públicos que administra la Caja, debiéndose determinar su ubicación en las zonas que las autoridades institucionales así lo dispongan, conforme el criterio técnico que sobre el particular se haya efectuado a nivel de la Gerencia Médica, por medio de la Comisión de Distribución de Especialistas.

## d) Consideraciones.

- Que la Caja Costarricense de Seguro Social ha cumplido a cabalidad con el contrato previamente suscrito, bajo el principio de buena fe.
- Costo aproximadamente por residente de ¢36,373,632,43 anualmente. (Área de Administración CENDEISS).
- Diversas opciones de centros asistenciales a escoger según las necesidades institucionales.

Los Médicos Especialistas de las diferentes especialidades no están de acuerdo con los lugares asignados dentro de los propuestos, incumpliendo de ésta forma con el Contrato de Retribución Social previamente suscrito.

Los Médicos Especialistas que se encuentran cumpliendo el contrato de retribución social, solicitan el cese del nombramiento en el lugar que se les asigno a fin de trasladarse a otros centros.

## e) Consideraciones:

- El artículo 15 del Reglamento que regula la relación del residente y su compromiso como especialista en Ciencias de la Salud con la Caja Costarricense de Seguro Social por medio del sistema de estudios de Posgrados de la Universidad de Costa Rica es claro en indicar, que son causas de incumplimiento del Contrato de Retribución Social ***“Que el profesional que no se presente al centro de trabajo asignado por la Comisión de Distribución de Especialistas, dentro de los quince días siguientes a la finalización de su residencia. En ese momento plazo el residente debe iniciar la incorporación al Colegio respectivo. Una vez firme la resolución que declara el incumplimiento, se establece la sanción respectiva...”***
- En razón de lo anterior, en los casos donde se ha suscitado el incumplimiento del contrato, se han dictado los actos administrativos debidamente sustentados y fundamentados, en apego al principio de legalidad que se ostenta, a fin de ejecutar el Fondo de Retribución Social a favor de la Caja, tal y como lo establece el Reglamento del Fondo de Garantía de Retribución Social de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su artículo 16, el cual dispone: ***“Liquidación por Incumplimiento. Los recursos acumulados en el Fondo de Garantía de Retribución Social se procederán a trasladar a favor de la Caja, cuando el Residente o Especialista incumpla con el Contrato de Retribución Social, incluyendo dentro de las causas, que éste se niegue a laborar en el centro de trabajo que la Comisión de Distribución de Especialistas designe, según el artículo 5 del Reglamento que Regula la Relación del Residente y su Compromiso como Especialista en Ciencias de la Salud con la Caja”*** .

## f) Consideraciones.

- Que al quedar acreditado para esta Gerencia, el incumplimiento del Contrato de Retribución Social, por parte de los Médicos Especialistas, se considera que:

- Resultaría ilógico e irracional que la Institución contrate o traslade de forma inmediata, por otro medio y en otro sitio de trabajo de la Institución, a los médicos especialistas que bajo su voluntad propia han incumplido con el Contrato previamente suscrito.
- Existía un compromiso pactado desde el inicio de su residencia mediante el contrato que ahora incumplen, toda vez que dicha actuación conlleva una grave lesión al interés público y al principio de continuidad y adaptabilidad de los servicios públicos, según las necesidades de la población.

El compromiso adquirido por el médico especialista de laborar en la unidad que sea dispuesta por la Caja, según sea determinado por la unidad técnica respectiva, es parte de las obligaciones inherentes al contrato suscrito para realizar su residencia; y adicionalmente, debemos considerar que en estos casos estamos ante una necesidad institucional, amparada por un fin público que priva sobre intereses particulares; en ese sentido, no puede condicionarse la prestación de un servicio público a los criterios de conveniencia de los funcionarios, toda vez que el interés público prevalece sobre el interés particular.

g) **CANTIDAD DE PLAZAS DE ESPECIALISTAS LIBRES**

<b>Caja Costarricense de Seguro Social</b>
<b>Plazas de Médicos A. Especialistas sin ocupar en los meses de enero y febrero 2014 <u>TOTAL 127 PLAZAS</u></b>



Fuente: Dirección de Administración y Gestión de Personal.

## h) NECESIDADES EVIDENCIADAS POR GERENCIA ACTUALMENTE

ESPECIALIDAD	CENTRO MEDICO
Gastroenterología	- Hospital de Golfito - Hospital de Ciudad Neilly
Anatomía Patológica	- Centro Nacional de Citología
Medicina Interna	- Hospital Dr. Tony Facio - Hospital Dr. Enrique Baltodano - Hospital San Francisco de Asís - CAIS de Siquirres
Medicina Materno Fetal	- Hospital Dr. Tony Facio
Medicina en Emergencias	- Hospital Dr. William Allen
Pediatría	- Hospital Dr. Tony Facio - Hospital Ciudad Neilly - Hospital de Guápiles - CAIS de Siquirres
Oftalmología	- Hospital de Guápiles

ESTAS NECESIDADES PREVALECE TODO TIEMPO QUE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE FUERON ASIGNADOS NO CUMPLIERON CON EL CONTRATO DE RETRIBUCIÓN SOCIAL

## i) Conclusión.

- Tomando en consideración lo anteriormente expuesto, y siendo que actualmente las contrataciones y los traslados de los Médicos Especialistas son realizados por las Direcciones Generales de los centros médicos, sin estas contar con los suficientes elementos para la verificación de idoneidad del funcionario, según lo establecido en los artículos 191 y 192 de la Constitución Política, esta Gerencia propone la delegación sobre la misma a fin de que todas las contrataciones y traslados correspondientes a Médicos Especialistas, sean analizadas en el despacho, con el objetivo de que cuenten con el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación del especialista en los diferentes centros médicos en los que se ha evidenciado una necesidad imperiosa, esto, una vez verificada la idoneidad del funcionario al puesto, siendo que dentro de dicho análisis necesariamente deberán examinarse los antecedentes laborales del mismo y el cumplimiento del contrato suscrito con la Caja al momento de realizar su residencia.
- En razón de ello, corresponderá a las diferentes unidades de trabajo que requieran contratar o trasladar un médico especialista, remitir a la Gerencia Médica los atestados de los diferentes oferentes, a fin de que sean analizados de forma integral y cuenten con el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación o traslado por parte de esta Gerencia.

## j) RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA

- La Junta Directiva de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica, según oficio No. GM-SJD-4883-2014, **ACUERDA:**
- 1. Instruir a la Gerencia Médica para que adelante todas las contrataciones y traslados correspondientes a Médicos Especialistas, sean analizadas en el despacho, con el objetivo de que se otorgue el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación o el traslado del

especialista en los diferentes centros médicos en los que se ha evidenciado una necesidad institucional imperiosa, esto, verificando la idoneidad del funcionario al puesto, siendo que dentro de dicho análisis necesariamente deberán examinarse los antecedentes laborales del mismo y el cumplimiento del contrato suscrito con la Caja al momento de realizar su residencia.

- 2. Instruir a la Gerencia Médica para que una vez firme el acuerdo de la Junta Directiva, tome las medidas pertinentes a fin de comunicar a todos los centros médicos de la Institución, que en adelante si requieren contratar o trasladar un médico especialista, deben contar con el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación o traslado, por lo que corresponderá remitir los atestados de los diferentes oferentes, a fin de que sean analizados de forma integral, por parte de esa Gerencia.

El Director Gutiérrez Jiménez está de acuerdo con la idea, no obstante no quisiera que la Gerente tenga la potestad de escoger a quién contrata, sino por la causal que se está conociendo, que es una situación irregular; no puede ser, por tanto, que se contrate a alguien que renunció. Lo que le parece es que, en la documentación, en el contrato y en el reglamento debería quedar claro que cuando una persona renuncia para irse a otro lugar, no puede volver a ser contratada por la Institución; no sabe si jurídicamente es posible, pero le preocupa dejarlo muy abierto. Un aspecto que le parece importante es que se mantenga vigente la cláusula que dice que la persona que se contrata se compromete a laborar para la Institución durante el plazo consignado en el contrato, en cualquier lugar del territorio nacional que defina la Caja. Por otra parte, se está manteniendo en el contrato la misma cláusula que dice que el médico debe tener *su trabajo de graduación terminado y aprobado y tramitar inmediatamente su incorporación y/o aportar el permiso del Colegio*; aquí hay una contradicción, porque si lo que se quiere es que la persona haya terminado con su trabajo final, no se le debe dar la posibilidad de ir a pedir un permiso; debe tener el trabajo terminado y el permiso, pero si se pone y/o en un contrato, eso se entiende que son ideas excluyentes. Luego hay otra contradicción en el contrato porque dice que el cumplimiento del período de obligación será de un año por cada año de formación, hasta un máximo de tres años; sin embargo, en la cláusula siguiente dice que *el residente está obligado a suscribir el documento denominado "fondo" durante el período de formación hasta un máximo de cuatro, más de tres años en el período de cumplimiento como médico especialista*. Le parece peligrosa la cláusula novena que dice que la Caja **se compromete** por medio de este contrato a brindar las facilidades requeridas para la docencia de los regentes, *infraestructura, equipamiento, recursos médicos*, pero sin límite; en la próxima cláusula tratan de arreglar un poco ese tema y dice la Caja **se compromete** a suministrar, en aquellos centros donde se estime, el equipo básico necesario, **e infraestructura de acuerdo a sus posibilidades**; le parece que hay que elaborar más sobre esas dos ideas y decir **podrá** facilitar los recursos en vez de **se compromete**. Y por último, dice que *al residente, si incurre en incumplimiento de cualquiera de las cláusulas, se le puede ejecutar el fondo*. Le parece que en el contrato deben quedar claros cuáles son los rubros que debe cubrir, entre otros, pero debe cubrir su formación, el costo de oportunidad, los daños y perjuicios, lo que se gastó por sus estudios, la burocracia y el daño que se esté ocasionando. Como bien dice el doctor Fallas, de pronto una persona que ha durado tres años en su formación paga tres millones de colones para salirse de la Caja, pero no está pagando daños y perjuicios, costo de oportunidades, sustitutos, horas-hombre, el material y equipo utilizado; es por ello que le parece que la Auditoría, junto con las unidades de Costos y Financiera, debiera crear estructuras para determinar el costo real de los cuatro años de formación de especialistas y velar para que esto se haga.

El Director Salas Carrillo comenta que para él el problema es muy sencillo de resolver; si luego de recibir la capacitación de especialista un médico paga tres millones de colones para no prestar sus servicios a la Caja, ya terminó su vinculación con la Institución y punto.

El licenciado Alfaro Morales señala que, terminada la residencia, la Institución no tiene un instrumento jurídico para condenar a alguien que renuncia e impedirle su regreso. Un principio constitucional es el acceso al empleo público y el otro principio constitucional es el derecho al trabajo. Esto es claro; cada persona tiene el derecho mañana, más allá de lo que sucedió, de llegar y decir, por ejemplo, “aquí está mi oferta de servicios, quiero ocupar una plaza en esta Institución en el Hospital México”. No se puede rechazar esa oferta, pero tampoco hay que permitir que escoja el lugar de su nombramiento; la Institución es una sola y tiene un interés público en ubicar a estos señores en el lugar que los necesita; una vez que se hayan satisfecho las otras unidades, podría aceptarse su solicitud de trabajar en el Hospital México. Esto es totalmente legítimo, constitucional.

El Director Fallas Camacho coincide plenamente con lo que se ha mencionado; cree que los instrumentos son inapropiados para la situación que vive la Caja. Está de acuerdo con don Adolfo, en el sentido de que el contrato debe ser mucho más propenso a las necesidades de la Institución y no de quienes vienen a dar el servicio. Le parece que deben buscarse las fórmulas legales para cambiar este contrato, pero está de acuerdo en que provisionalmente se llegue a un arreglo; es más, tiene la impresión de que en algún momento la Junta Directiva acordó que aquel médico que renunciaba no se podía contratar de nuevo, a menos que fuera algo excepcional; le parece que es una decisión que está vigente y que el documento debe constar en archivos. Si no es así, debe buscarse una solución temporal para que, todo aquel que renuncia, si quiere reingresar a la Caja venga a la Gerencia Médica para que en su momento se le asigne el lugar donde se ubicará; y girar instrucciones a todos los Directores de Hospitales, inclusive a Limón, para que no contraten médicos si no hay una disposición expresa de la Gerencia.

Considera el Director Marín Carvajal que este asunto va a tener secuelas muy importantes en el futuro institucional. Le preocupan dos aspectos. Ciertamente, como lo ha señalado el Subgerente Jurídico, el derecho al trabajo es un derecho constitucional. Por ello, cada vez que se presente una promoción de especialistas, la Gerencia Médica con la Dirección de Servicios de Salud deben crear los códigos única y exclusivamente de los centros que van a requerir esos especialistas, de manera que aquel especialista que no desee ir donde la Institución lo requiere, no va a encontrar posibilidad alguna de colocarse en ninguna otra unidad. De esa manera se estaría cumpliendo con el aspecto legal y los Directores Médicos podrán recibir las ofertas a los especialistas, pero no podrán darles curso porque los códigos solo serán asignados por la Gerencia Médica, para los lugares que requieran especialistas. Por otra parte, como señala el compañero Gutiérrez, conjuntamente con la Contabilidad de Costos la Gerencia debe establecer los verdaderos montos a resarcir, porque se está hablando del erario público, de recursos de los asegurados; desconoce quién fijó que eran tres millones y le parece que en la formación de un anestesta o en la preparación de un neurocirujano muy probablemente se supere en demasía dicho monto. Todas las especialidades son sumamente onerosas, pero le parece que inclusive se debe establecer un monto a resarcir por especialidad, con base en la demanda de recursos en la formación de dos, tres o cuatro años. Tres millones de colones por parejo le parece inadecuado; los recursos que se requieren para la formación de especialistas de tres años es mucho menor al de cinco años y se deben establecer esas diferencias. Por otra parte, no le parece correcto que una persona dentro de

la Administración sea la que establezca adónde va un especialista y que acepte reubicar a un especialista cuando no está de acuerdo en el lugar que le asignaron, porque muchas veces los solicitantes se aprovechan de personas complacientes; le parece que no hay transparencia en ese sentido; considera que es inconveniente para la Institución que se dé ese tipo de selección, que muchas veces pierde equidad y se convierte en un aspecto muy subjetivo.

Sugiere el Director Fallas Camacho que se solicite a la Gerencia Médica una revisión total del reglamento vigente para hacer los ajustes y se presente a la Junta en un plazo de 22 días.

**Por lo tanto**, teniendo a la vista el oficio N° GM-SJD-4883-2014, fechado 4 de marzo del año en curso que firma la señora Gerente Médico y que, en lo conducente, literalmente se lee de este modo:

“La Gerencia Médica ante el incumplimiento contractual que ha venido surgiendo por parte de los médicos especialistas que previamente habían firmado un Contrato de Retribución Social con la Institución y en aras de velar por el uso racional de los recursos públicos que administra la Caja, de garantizar el servicio público, asegurar su continuidad, su eficiencia y su adaptación a las necesidades de la población, propone a la Junta Directiva lo siguiente:

### **RESUMEN EJECUTIVO**

1. La Junta Directiva en el artículo 27° de la sesión N° 8485, celebrada el 16 de diciembre de 2010, aprobó el “**REGLAMENTO QUE REGULA LA RELACIÓN DEL RESIDENTE Y SU COMPROMISO COMO ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL POR MEDIO DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**”. En el considerando 3 de dicho Reglamento se establece “*que la Caja necesita contar con profesionales en las diferentes especialidades en ciencias de la salud, en los distintos Centros de Atención en salud, distribuidos de una manera equitativa, acorde con las necesidades de atención de la población*”; mientras que, el considerando 4 dispone “*que es necesario que los profesionales que finalizan sus estudios de posgrado tengan compromiso para laborar con la Caja donde esta los requiera*”.

El artículo 4.1.f) del citado Reglamento establece que “*la Caja nombrará por el período definido en una plaza G1 o su equivalente según profesión, al profesional que opte por una especialidad*”, adicionalmente **el artículo 5 señala que “con el Contrato de Retribución Social el Residente se compromete a laborar para la Institución, en el Centro de trabajo que al efecto, designe la Comisión de Distribución de Especialistas y por un período de un año de trabajo, por cada año de estudio, hasta un máximo de tres años”** (lo resaltado no corresponde al original).

2. Que los profesionales en Medicina una vez admitidos en el Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, suscriben con la Institución un Contrato de Retribución Social Bajo el Sistema de Residencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. En dicho contrato se establece en la “**CLAUSULA SEXTA: El Residente concluida su especialización, queda obligado a trabajar para la CAJA en el lugar que designe la Caja, según la asignación de Comisión de Distribución de**



***Especialistas y acorde con las necesidades y prioridades de la Institución. El cumplimiento del período de obligación, será de un año por cada año de formación hasta un máximo de tres años***". En este punto es fundamental comprender que, todo médico que suscribe un contrato con la Caja para realizar su especialidad médica, al otorgar su consentimiento sobre el contenido del contrato queda sujeto a las obligaciones inherentes al mismo. Nótese además que, el contrato que suscribe el médico que opta por una residencia, constituye un acto motivado y sustentado en la satisfacción de un fin público, a saber, garantizar personal idóneo y especializado en los servicios asistenciales de la Institución, en procura de proteger el derecho a la salud de la población.

3. La distribución de médicos especialistas obedece a la necesidad de hacer un uso racional de los recursos públicos que administra la Caja, debiéndose determinar su ubicación en las zonas que las autoridades institucionales así lo dispongan, conforme el criterio técnico que sobre el particular se haya efectuado a nivel de la Gerencia Médica, lo cual es congruente con lo dispuesto en el artículo 4 y 16 de la Ley General de la Administración Pública, los cuales establecen la obligación de la Administración de garantizar el servicio público, asegurar su continuidad, su eficiencia y su adaptación a las necesidades de la población; así como también el deber de emitir todo acto conforme los preceptos de la lógica, la conveniencia y la razonabilidad. En ese sentido la Sala Constitucional (Voto N°2014-001936 de las 9:30hrs del 14 de febrero del 2014) ha sido reiterativa en indicar: *"IV.- EFICIENCIA, EFICACIA, CONTINUIDAD, REGULARIDAD Y ADAPTACIÓN EN LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD. Los órganos y entes públicos que prestan servicios de salud pública tienen la obligación imperativa e impostergable de adaptarlos a las necesidades particulares y específicas de sus usuarios o pacientes y, sobre todo, de aquellos que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos humanos y materiales sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación. Desde esta perspectiva, los servicios de las clínicas y hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social están en el deber de adoptar e implementar los cambios organizacionales, de contratar el personal médico o auxiliar y de adquirir los materiales y equipo técnico que sean requeridos para brindar prestaciones eficientes, eficaces y rápidas. Los jerarcas de las Clínicas y Hospitales no pueden invocar, para justificar una atención deficiente y precaria de los pacientes, el problema de las "listas de espera" para las intervenciones quirúrgicas y aplicación de ciertos exámenes especializados o de la carencia de recursos financieros, humanos y técnicos, puesto que, es un imperativo constitucional que los servicios de salud pública sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y celer. Los jerarcas de la Caja Costarricense de Seguro Social y los Directores de Hospitales y Clínicas que les pertenecen están en el deber y, por consiguiente son los personalmente responsables -en los términos del artículo 199 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública-, de adoptar e implementar todas las providencias y medidas administrativas y organizacionales para poner coto definitivo a la prestación tardía -la cual, en ocasiones, deviene en omisa por sus consecuencias- de los servicios de salud, situación que constituye, a todas luces, una inequívoca falta de servicio que puede dar lugar a la responsabilidad administrativa patrimonial de esa entidad por las lesiones antijurídicas provocadas a los administrados o usuarios (artículos 190 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública).*
4. Que una vez concluida la residencia, se convoca al Médico Especialista a la firma del formulario oficial "Aceptación para laborar como especialista en la Caja Costarricense de Seguro Social", a efectos de ejecutar el compromiso pactado en la cláusula sexta antes

indicada, respecto de su obligación de laborar para la Caja Costarricense de Seguro Social en el lugar designado por la Comisión de Distribución de Especialistas.

5. Que la Caja Costarricense de Seguro Social ha cumplido a cabalidad con el contrato previamente suscrito, toda vez que ha actuado bajo el principio de buena fe tomándose en consideración que éste, exige el cumplimiento de las obligaciones sin engaños, abusos ni desvirtuaciones, es decir, implica que las partes deben mantener una conducta transparente en las diferentes fases de la contratación y ajustar el ejercicio de sus derechos a criterios justos, sin excesos. (Sala Segunda voto 2003-00572 de las diez horas veinte minutos del quince de octubre del dos mil tres). Nótese que según lo informado por el Área de Administración del CENDEISSS la Caja incurre en un costo aproximado por residente de ¢36.373.632,43 anualmente, por el período que el médico se encuentre cursando el programa de posgrado de la Universidad de Costa Rica. De igual forma y aras de cumplir con el Contrato de Retribución Social, la Caja ofrece diversas opciones de centros asistenciales a escoger según las necesidades institucionales, a fin de hacer efectiva la obligación de los profesionales en medicina de laborar para la Institución por el período determinado según su especialidad.
6. Que algunos de los Médicos Especialistas de las diferentes especialidades no están de acuerdo con los lugares asignados dentro de los propuestos, incumpliendo de ésta forma con el Contrato de Retribución Social previamente suscrito.
7. El artículo 15 del Reglamento que regula la relación del residente y su compromiso como especialista en Ciencias de la Salud con la Caja Costarricense de Seguro Social por medio del sistema de estudios de Posgrados de la Universidad de Costa Rica es claro en indicar, que son causas de incumplimiento del Contrato de Retribución Social ***“Que el profesional que no se presente al centro de trabajo asignado por la Comisión de Distribución de Especialistas, dentro de los quince días siguientes a la finalización de su residencia. En ese momento plazo el residente debe iniciar la incorporación al Colegio respectivo. Una vez firme la resolución que declara el incumplimiento, se establece la sanción respectiva. Lo anterior conforme a las reglas del Debido Proceso”***. A esos efectos el artículo 16 de dicha norma, señala en lo que interesa: ***“Por la no presentación a laborar al lugar designado en el período establecido, se deberá ejecutar la parte económica a favor de la Caja, de conformidad con lo establecido en el artículo 5 del Fondo de Retribución Social”***. En razón de lo anterior, en los casos donde se ha suscitado el incumplimiento del contrato, se han dictado los actos administrativos debidamente sustentados y fundamentados, en apego al principio de legalidad que se ostenta, a fin de ejecutar el Fondo de Retribución Social a favor de la Caja, tal y como lo establece el Reglamento del Fondo de Garantía de Retribución Social de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su artículo 16, el cual dispone: ***“Liquidación por Incumplimiento. Los recursos acumulados en el Fondo de Garantía de Retribución Social se procederán a trasladar a favor de la Caja, cuando el Residente o Especialista incumpla con el Contrato de Retribución Social, incluyendo dentro de las causas, que éste se niegue a laborar en el centro de trabajo que la Comisión de Distribución de Especialistas designe, según el artículo 5 del Reglamento que Regula la Relación del Residente y su Compromiso como Especialista en Ciencias de la Salud con la Caja.”***

8. Que al quedar acreditado para esta Gerencia, el incumplimiento del Contrato de Retribución Social, por parte de los Médicos Especialistas, se considera que resultaría ilógico e irracional que la Institución contrate de forma inmediata, por otro medio y en otro sitio de trabajo de la Institución, a los médicos especialistas que bajo su voluntad propia no han estado de acuerdo en la aceptación de la plaza asignada por la Comisión de Distribución de Especialistas, situación a la que se habían comprometido desde el inicio de su residencia mediante el contrato que ahora incumplen, toda vez que dicha actuación conlleva una grave lesión al interés público y al principio de continuidad y adaptabilidad de los servicios públicos, según las necesidades de la población. Toda vez que, el compromiso adquirido por el médico especialista de laborar en la unidad que sea dispuesta por la Caja, según sea determinado por la unidad técnica respectiva, es parte de las obligaciones inherentes al contrato suscrito para realizar su residencia; y adicionalmente, debemos considerar que en estos casos estamos ante una necesidad institucional, amparada por un fin público que priva sobre intereses particulares; en ese sentido, no puede condicionarse la prestación de un servicio público a los criterios de conveniencia de los funcionarios, toda vez que el interés público prevalece sobre el interés particular.
9. Que actualmente la Institución cuenta con las siguientes plazas libres de Médicos Especialistas, lo anterior según la información suministrada en la Dirección de Administración y Gestión de Personal:

<b>Caja Costarricense de Seguro Social</b>			
<b>Plazas de Médicos A. Especialistas sin ocupar en los meses de enero y febrero 2014</b>			
<b>Plaza</b>	<b>Perfil del Puesto</b>	<b>H-diarias</b>	<b>Descripción de la Unidad Ejecutora</b>
30044	Médico A.Espec. Ginecoobstetricia	8	Auditoría
44925	Médico A.Espec. Medicina Fam y Común	8	Dirección Coberturas Especiales
6362	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
35173	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
33032	Médico A Espec. Cardiología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
46099	Médico A Espec. Cardiología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
6313	Médico A Espec. Cirugía General	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
6315	Médico A Espec. Cirugía General	4	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
45978	Médico A Espec. Hematología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
45979	Médico A Espec. Infectología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
38633	Médico A Espec. Medicina de Emergencias	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
41859	Médico A Espec. Medicina Interna	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
8563	Médico A Espec. Oftalmología	4	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
45695	Médico A Espec. Ortopedia	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón

			Guardia
46106	Médico A Espec. Ortopedia	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
6300	Médico A Espec. Patología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
6912	Médico A Espec. Patología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
6914	Médico A Espec. Patología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
38629	Médico A Espec. Patología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
45801	Médico A Espec. Radiología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
6369	Médico A Espec. Reumatología	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
721	Médico A Espec Medic Crítica y Cuid Int	8	Hospital Dr. Rafael Á. Calderón Guardia
4832	Médico A Espec. Cirugía Reconstructiva	8	Hospital San Juan de Dios
23391	Médico A Espec. Neurocirugía	8	Hospital San Juan de Dios
24918	Médico A Espec. Patología	8	Hospital San Juan de Dios
45349	Médico A Espec. Radioterapia	8	Hospital San Juan de Dios
23223	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
45710	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
45985	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
22661	Médico A Espec. Cirugía Infantil	8	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
33089	Médico A Espec. Gastroenterología	4	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
24457	Médico A Espec. Genética	8	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
12250	Médico A Espec. Nefrología	8	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
12212	Médico A Espec. Otorrinolaringología	4	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
12244	Médico A Espec. Otorrinolaringología	8	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
12218	Médico A Espec. Recién Nacidos	8	Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera
2125	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital México
27572	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital México
2146	Médico A Espec. Endocrinología	8	Hospital México
2157	Médico A Espec. Ginecología	8	Hospital México
28720	Médico A Espec. Medicina de Emergencias	8	Hospital México
2174	Médico A Espec. Medicina Interna	4	Hospital México
24675	Médico A Espec. Medicina Interna	8	Hospital México
24677	Médico A Espec. Medicina Interna	8	Hospital México
2187	Médico A Espec. Obstetricia	2	Hospital México
24671	Médico A Espec. Ortopedia	8	Hospital México

36221	Médico A Espec. Otorrinolaringología	8	Hospital México
2766	Médico A Espec. Radiología	8	Hospital México
2217	Médico A Espec. Urología	4	Hospital México
24673	Médico A Espec. Vascular Periférico	8	Hospital México
13054	Médico A Espec. Ginecología	8	Hospital Mujeres Dr. Adolfo Carit
13058	Médico A Espec. Medicina Interna	2	Hospital Mujeres Dr. Adolfo Carit
23241	Médico A Espec. Geriatria	8	Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes
33221	Médico A Espec. Medicina Interna	4	Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes
45998	Médico A Espec. Ortopedia	8	Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes
30698	Médico A Espec. Radiología	4	Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes
45685	Médico A Espec. Urología	8	Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes
4764	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Centro Nac. de Rehabilitación (CENARE)
4837	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Centro Nac. de Rehabilitación (CENARE)
33279	Médico A Espec. Fisioterapeuta	4	Centro Nac. de Rehabilitación (CENARE)
4706	Médico A Espec. Medicina Interna	4	Centro Nac. de Rehabilitación (CENARE)
26121	Médico A Espec. Ortopedia	8	Centro Nac. de Rehabilitación (CENARE)
46136	Médico A Espec. Ortopedia	8	Centro Nac. de Rehabilitación (CENARE)
45999	Médico A Espec. Cirugía General	8	Hospital San Rafael de Alajuela
41855	Médico A Espec. Endrocrinología	8	Hospital San Rafael de Alajuela
11973	Médico A Espec. Geriatria	8	Hospital San Rafael de Alajuela
14610	Médico A Espec. Ortopedia	5	Hospital San Rafael de Alajuela
45347	Médico A Espec. Radiología	8	Hospital San Rafael de Alajuela
11955	Médico A Espec. Vascular Periférico	8	Hospital San Rafael de Alajuela
15170	Médico A Espec. Obstetricia	8	Hospital San Fco de Asís
9918	Médico A.Espec. Ginecoobstetricia	8	Hospital San Fco de Asís
25352	Médico A Espec. Dermatología	8	Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega
25347	Médico A Espec. Ginecología	8	Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega
33656	Médico A Espec. Oftalmología	8	Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega
45331	Médico A Espec. Pediatría	8	Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega
38805	Médico A Espec. Medicina Física	8	Hospital San Vicente de Paúl
5211	Médico A Espec. Medicina Interna	8	Hospital San Vicente de Paúl
5231	Médico A Espec. Medicina Interna	8	Hospital San Vicente de Paúl

23549	Médico A Espec. Pediatría	4	Hospital San Vicente de Paúl
22132	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	4	Hospital Psiquiátrico Dr. Manuel Chapui
21057	Médico A Espec. Psiquiatría	8	Hospital Psiquiátrico Dr. Manuel Chapui
38852	Médico A Espec. Psiquiatría	8	Hospital Psiquiátrico Dr. Manuel Chapui
8081	Médico A Espec. Gastroenterología	7	Hospital Dr. Max Peralta Jiménez
7505	Médico A Espec. Medicina Interna	4	Hospital Dr. Max Peralta Jiménez
24664	Médico A Espec. Medicina Interna	8	Hospital Dr. Max Peralta Jiménez
46012	Médico A Espec. Ortopedia	8	Hospital Dr. Max Peralta Jiménez
46171	Médico A Espec. Ortopedia	8	Hospital Dr. Max Peralta Jiménez
34303	Médico A Espec. Radiología	4	Hospital Dr. Max Peralta Jiménez
35555	Médico A Espec. Vascular Periférico	8	Hospital Dr. Max Peralta Jiménez
33068	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital Dr. William Allen
8075	Médico A Espec. Ginecología	8	Hospital Dr. William Allen
14157	Médico A Espec. Ginecología	4	Área de Salud Hatillo
13869	Médico A Espec. Radiología	2	Área de Salud Hatillo
5146	Médico A Espec. Ginecología	4	Área de Salud Catedral
23636	Médico A Espec. Gastroenterología	8	Área de Salud Desamparados 1 y 2
46340	Médico A Espec. Geriatria	8	Área de Salud Desamparados 1 y 2
13959	Médico A Espec. Ginecología	8	Área de Salud Desamparados 1 y 2
46186	Médico A Espec. Pediatría	8	Área de Salud Desamparados 1 y 2
42023	Médico A Espec. Psiquiatría	4	Área de Salud Desamparados 1 y 2
45905	Médico A Espec. Radiología	8	Área de Salud Desamparados 1 y 2
46188	Médico A Espec. Radiología	8	Área de Salud Aserri
46343	Médico A Espec. Ortopedia	8	Hospital Los Chiles
28718	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital Monseñor Sanabria
45780	Médico A Espec. Ortopedia	8	Hospital Monseñor Sanabria
23640	Médico A Espec. Vascular Periférico	8	Hospital Monseñor Sanabria
17193	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital La Anexión
33197	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital Upala
17509	Médico A Espec. Ginecología	8	Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde
46355	Médico A Espec. Neonatología	8	Hospital Dr. Tony Facio Castro
33483	Médico A Espec. Perinatología	8	Hospital Dr. Tony Facio Castro
19011	Médico A Espec. Otorrinolaringología	8	Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla
18996	Médico A Espec. Pediatría	8	Hospital Dr. Fernando Escalante

			Pradilla
45656	Médico A Espec. Cirugía General	8	Hospital Golfito
29557	Médico A Espec. Fisioterapista	8	Hospital Golfito
41314	Médico A Espec. Medicina de Emergencias	8	Hospital Golfito
5431	Médico A Espec. Medicina Interna	8	Hospital Golfito
45317	Médico A Espec. Medicina Interna	8	Hospital Golfito
29556	Médico A Espec. Ortopedia	8	Hospital Golfito
46362	Médico A Espec. Anestesiología Rec.	8	Hospital Ciudad Neily
33210	Médico A Espec. Cirugía General	8	Hospital San Vito de Coto Brus
3391	Médico A Espec. Cirugía General	8	Unidad Trasplantes de Hígado
40902	Médico A Espec. Salud Pública	8	Gerencia Médica
40903	Médico A Espec. Salud Pública	8	Gerencia Médica
46159	Médico A Espec. Medicina Interna	8	Departamento Apoyo Operativo
44710	Médico A Espec. Ortopedia	8	Departamento Apoyo Operativo
46207	Médico A Espec. Radiología	8	Departamento Apoyo Operativo
25971	Médico A Espec. Medicina de Emergencias	8	CENDEISS
23657	Médico A.Espec. Ginecoobstetricia	8	CENDEISS
24860	Médico A Espec. Ortopedia	8	Dirección Prestaciones Médicas
26149	Médico A Espec. Psiquiatría	8	Dirección Prestaciones Médicas

10. Que actualmente la Institución cuenta con las siguientes necesidades prioritarias evidenciadas:

<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>CENTRO MEDICO</b>
Gastroenterología	- Hospital de Golfito - Hospital de Ciudad Neilly
Anatomía Patológica	- Centro Nacional de Citología
Medicina Interna	- Hospital Dr. Tony Facio - Hospital Dr. Enrique Baltodano - Hospital San Francisco de Asís - CAIS de Siquirres
Medicina Materno Fetal	- Hospital Dr. Tony Facio
Medicina en Emergencias	- Hospital Dr. William Allen
Pediatría	- Hospital Dr. Tony Facio - Hospital Ciudad Neilly - Hospital de Guápiles - CAIS de Siquirres
Oftalmología	- Hospital de Guápiles

## **CONCLUSIÓN**

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto, y siendo que actualmente las contrataciones de los Médicos Especialistas son realizadas por las Direcciones Generales de

los centros médicos, sin estas contar con las suficientes elementos para la verificación de idoneidad del funcionario, según lo establecido en los artículos 191 y 192 de la Constitución Política, esta Gerencia propone la delegación sobre la misma a fin de que todas las contrataciones y traslados correspondientes a Médicos Especialistas, sean analizadas en el despacho, con el objetivo de que cuenten con el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación del especialista en los diferentes centros médicos en los que se ha evidenciado una necesidad imperiosa, esto, una vez verificada la idoneidad del funcionario al puesto, siendo que dentro de dicho análisis necesariamente deberán examinarse los antecedentes laborales del mismo y el cumplimiento del contrato suscrito con la Caja al momento de realizar su residencia.

En razón de ello, corresponderá a las diferentes unidades de trabajo que requieran contratar o trasladar un médico especialista, remitir a la Gerencia Médica los atestados de los diferentes oferentes, a fin de que sean analizados de forma integral y cuenten con el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación por parte de esta Gerencia.

### **RECOMENDACIÓN**

Con base en lo anteriormente expuesto, esta Gerencia le recomienda a la Junta Directiva lo siguiente:

1. Instruir a la Gerencia Médica para que adelante todas las contrataciones y traslados correspondientes a Médicos Especialistas, sean analizadas en el despacho, con el objetivo de que se otorgue el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación o el traslado del especialista en los diferentes centros médicos en los que se ha evidenciado una necesidad institucional imperiosa, esto, verificando la idoneidad del funcionario al puesto, siendo que dentro de dicho análisis necesariamente deberán examinarse los antecedentes laborales del mismo y el cumplimiento del contrato suscrito con la Caja al momento de realizar su residencia.
2. Instruir a la Gerencia Médica para que tome las medidas pertinentes a fin de comunicar a todos los centros médicos de la Institución, que en adelante si requieren contratar o trasladar un médico especialista, deben contar con el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación o traslado, por lo que corresponderá remitir los atestados de los diferentes oferentes, a fin de que sean analizados de forma integral, por parte de esa Gerencia.
3. Instruir a la Gerencia Médica para que un plazo de hasta veintidós días proceda a revisar toda la regulación concerniente a los Médicos Residentes y Especialistas y su compromiso con la Institución por medio del Sistema de estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica”,

habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte de la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica, la Junta Directiva, de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica, que consta en el citado oficio N° GM-SJD-4883-2014 –unánimemente- **ACUERDA:**



- 1) Instruir a la Gerencia Médica para que, en adelante, todas las contrataciones y traslados correspondientes a Médicos Especialistas sean analizadas en ese Despacho, con el objetivo de que se otorgue el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación o el traslado del especialista en los diferentes centros médicos en los que se ha evidenciado una necesidad institucional imperiosa; esto verificando la idoneidad del funcionario para el puesto, siendo que dentro de dicho análisis, necesariamente, deberán examinarse sus antecedentes laborales y el cumplimiento del contrato suscrito con la Caja al momento de realizar su residencia.
- 2) Instruir a la Gerencia Médica para que tome las medidas pertinentes, a fin de comunicar a todos los centros médicos de la Institución que, en adelante, si requieren contratar o trasladar un médico especialista, deben contar con el visto bueno sobre la viabilidad de la contratación o traslado, por lo que corresponderá remitir los atestados de los diferentes oferentes, a fin de que sean analizados de forma integral, por parte de esa Gerencia.
- 3) Instruir a la Gerencia Médica para que en un plazo de hasta veintidós días proceda a revisar toda la regulación concerniente a los Médicos Residentes y Especialistas y su compromiso con la Institución por medio del Sistema de estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica.

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

La licenciada Coto Jiménez se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la MSc. Sindy Torres Mena, Asistente de la Gerencia Médica, en su calidad de Enlace Gerencia con la Región Brunca.

## **ARTICULO 21°**

La Gerente Médico presenta el oficio N° GM-SJD-4885-2014, de fecha 04 de marzo del año 2014, mediante el que se presenta el Plan de fortalecimiento para la Prestación de Servicios de Salud en el Cantón de Pérez Zeledón (UPIAV).

A su vez y a propósito del asunto en consideración, **se toma nota** de que se distribuye la nota del 5 de los corrientes, por medio de la que el Director Fallas Camacho, en su condición de Coordinador de la Comisión de Salud, informa a la Junta Directiva en relación con la atención de lo dispuesto en el artículo 30° de la sesión número 8658 y en el artículo 38° de la sesión número 8659; en la reunión de la Comisión de Salud que tuvo lugar el 10 de setiembre del año 2013 recibió los miembros de la Comisión de Apoyo Social del Cantón de Pérez Zeledón y de la Junta de Salud del Hospital Escalante Pradilla. Queda así atendido, por tanto, el encargo que se les hizo en las sesiones en referencia.

La exposición está a cargo de la licenciada Torres Mena, con el apoyo de las láminas que se especifican:

- 1) REGION BRUNCA.  
 HOSPITAL DR.FERNANDO ESCALANTE PRADILLA.  
 REGIONAL.  
 RED DE ATRACCION: **354.542 Habitantes.**  
 AREA DE ATRACCION DIRECTA:  
 CANTON DE PEREZ ZELEDON.  
 AREA DE ATRACCION INDIRECTA:  
 BUENOS AIRES.  
 COTO BRUS.  
 CORREDORES.  
 GOLFITO.  
 OSA.
- 2) POBLACION:  
 AÑO 1977: DIRECTA : 72.168 Habitantes.  
 INDIRECTA 118086 Habitantes. 36 años.  
 AÑO 2013: DIRECTA: 183.321 Habitantes.  
 INDIRECTA: 152.654 Habitantes.

Camas:

SERVICIO	CAMAS 210
MEDICINA	68
CIRUGIA	66
GINECOLOGIA	11
OBSTETRICIA	30
PEDIATRIA.	35

- 3) Servicios con que cuenta la Unidad.

**Medicina Especializada:**

Medicina Interna (4 especialistas).  
 Gastroenterología (2 especialista).  
 Psiquiatría (2 especialistas).  
 Dermatología (2 especialista).  
 Fisiatría (0 especialista).  
 Cardiología (2 especialista).  
 Neurología (1 especialista).  
 Geriatria (0 especialista).  
 Medicina Intensiva (1 especialista).  
 Clínica del Dolor y Cuidado Paliativo) (1 especialista).  
 Patología (1 especialista).

70.000 consultas de MEDICINA GENERAL.

- 4) Servicios con que cuenta la Unidad.

**Cirugía Especializada:**

Cirugía General (3 especialistas).  
Vascular Periférico (1 especialista).  
Neurocirugía (1 especialista).  
Oftalmología (3 especialistas).  
Ortopedia (3 y horas especialistas).  
ORL (2 y horas especialistas).  
Urología (2 especialistas).

- 5) Servicios con que cuenta la Unidad.

**Ginecoobstetricia (7 especialistas):**

Ginecología.  
Obstetricia.  
Patología Cervical.

**Pediatría:**

Cirugía Pediátrica (2 especialistas).  
Medicina Pediátrica (3 especialistas)-2.  
Neonatología (1 especialista).

- 6)

Gestión Hospitalaria.  
Presupuesto.  
Infraestructura.  
Equipamiento.  
Recurso Humano y Ambiente laboral.  
Relaciones otras instancias.

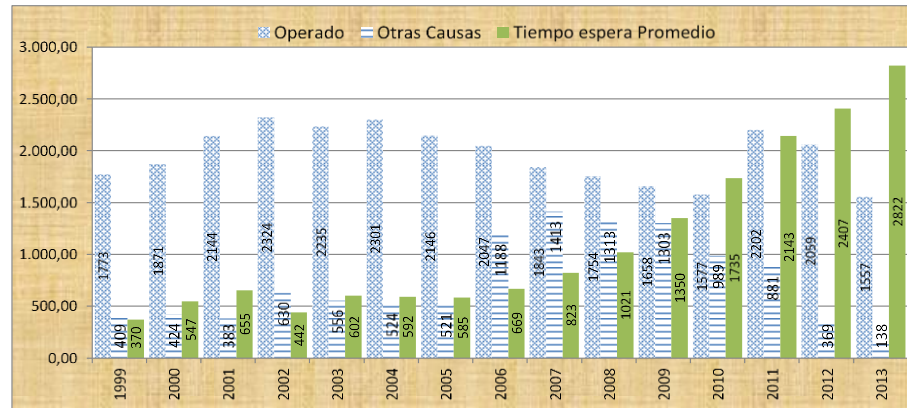
- Sala Constitucional.
- Ministerio de Salud.
- Defensoría de los Habitantes.
- Otras:
- Internas: Junta de Salud,  
Agrupaciones sindicales.

Municipalidad, CONAPAM.  
Auditoría Interna.

Producción.  
Listas de Espera.

7)

CONTROL DE CIRUGIAS PROGRAMADAS SEGÚN AÑO DE SOLICITUD SEGÚN TIPO DE RESOLUCION  
HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA  
PERIODO 1998 A 2013



En esta gráfica cronológica se observa los pacientes operados según año de solicitud y tipo de resolución operado, Otras causas por las que fueron sacadas de la Lista de Espera (Usuario no se presentó a internarse, no quiso operarse estando internado o por protocolo que se dio para los años del 2006 al 2013 que estaban esperando. Se observa como paulatinamente el promedio de espera de un usuario para operarse fue creciendo y en los años 1999 a 2005 estos esperaban menos de dos años para ser intervenidos.....

8) Porcentajes de disminución lista de espera por año de ingreso (gráfico).

9) Gráfico comparativo lista de espera pendiente de cirugía, fecha de corte y año de ingreso (gráfico).

10)

Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla  
Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica, pendientes 2006-2010  
Corte al 31-12-2013

Especialidad	2006	2007	2008	2009	2010	Total general
Cirugía General	0	24	28	42	9	103
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	0
Ginecología	0	0	0	0	0	0
Neurocirugía	0	3	7	14	13	37
Oftalmología	0	0	0	0	0	0
ORL	0	10	94	152	237	493
Ortopedia	2	118	133	214	166	633
Urología	0	0	0	2	2	4
Vascular	0	0	0	0	0	0
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>155</b>	<b>262</b>	<b>424</b>	<b>427</b>	<b>1,270</b>

11)

Caja Costarricense de Seguro Social  
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla  
Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica, corte al 31-12-2013

Especialidad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total general
Cirugía General	0	24	28	42	9	37	452	505	1,097
Cirugía Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	41	41
Ginecología	0	0	0	0	0	112	228	427	767
Neurocirugía	0	3	7	14	13	43	93	94	267
Oftalmología	0	0	0	0	0	19	233	798	1,050
ORL	0	10	94	152	237	385	641	487	2,006
Ortopedia	2	118	133	214	166	201	227	455	1,516
Urología	0	0	0	2	2	22	154	236	416
Vascular	0	0	0	0	0	0	55	96	151
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>155</b>	<b>262</b>	<b>424</b>	<b>427</b>	<b>819</b>	<b>2083</b>	<b>3139</b>	<b>7,311</b>

<b>Por trimestre aproximadamente</b>	<b>Salen</b>	<b>750</b>
	<b>Entran</b>	<b>950</b>
	<b>Diferencia</b>	<b>200</b>

- 12) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA CIRUGIA PENDIENTE POR ESPECIALIDAD SEGÚN FECHA DE CORTE HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA.
- 13) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA PENDIENTE DE CIRUGIA FECHA DE CORTE Y AÑO DE INGRESO SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA.
- 14) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA PENDIENTE DE CIRUGIA FECHA DE CORTE Y AÑO DE INGRESO SERVICIO DE ORTOPEDIA.
- 15) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA PENDIENTE DE CIRUGIA FECHA DE CORTE Y AÑO DE INGRESO SERVICIO DE GINECOLOGIA,
- 16) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA FECHA DE CORTE Y AÑO DE INGRESO SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
- 17) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA PENDIENTE DE CIRUGIA FECHA DE CORTE Y AÑO DE INGRESO SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.
- 18) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA FECHA DE CORTE Y AÑO DE INGRESO SERVICIO DE UROLOGIA.
- 19) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA FECHA DE CORTE Y AÑO DE INGRESO SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICO.

- 20) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA FECHA DE CORTE Y AÑO DE INGRESO SERVICIO DE NEUROCIRUGIA.
- 21) GRAFICO COMPARATIVO LISTA DE ESPERA FECHA DE CORTE Y AÑO DE INGRESO SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA.
- 22) Plan de Mejora: Lista de Espera Quirúrgica.  
 1- Continuar con Depuración.  
 2- Cirugía del paciente más antiguo.  
 3- Programación cada seis semanas.  
 4- Aumentar uso de tiempo anestesia en Sala de Operaciones.  
 5- Continuar promocionando realización de Cirugías en Disponibilidad.

Remodelación y puesta en marcha

De Sala de Operaciones con Recuperación en Ginecoobstetricia.

6 Códigos de Plazas para personal de

Enfermería para Sala de operaciones de Ginecoobstetricia.

Máquina de Anestesia para Sala de Operaciones de Ginecoobstetricia.

Anestesiólogo para segundo turno más Ortopedista segundo turno.

Mantener proyecto de Cirugía Vespertina de Cirugía General y ampliarlo a Ortopedia Para Artroscopías.

- 23) Lista de Espera en Consulta Externa por Especialidad  
 Período 2011 a Abril y Diciembre 2013

Especialidad	2011		2012		Abril 2013		Diciembre 2013	
	Citas	Plazo Días	Citas	Plazo Días	Citas	Plazo Días	Citas	Plazo Días
Cardiología	156	805	0	0	5	227	0	0
Cx. General	1137	2130	1341	2485	1433	2368	1097	513
Cx. Pediátrica	0	0	0	0	0	0	41	36
Dermatología	2493	2851	1770	2853	1974	2736	1797	2490
Gastroenterología	55	2639	95	848	88	1302	69	2498
Geriatría					20	114	20	131
Ginecología	322	310	318	270	270	191	215	292
Medicina Interna	999	1599	867	1383	788	1266	498	1020
Neurocirugía	837	1673	1014	2128	1094	2011	1011	1765

Neurología	189	309	205	480	185	408	127	307
O.R.L.	1777	2129	2186	1881	1839	1764	1983	1518
Odontología	17	289	68	159	61	896	23	280
Oftalmología	2006	1392	2166	1334	2131	1219	3046	1885
Ortopedia	3665	2542	4112	2891	4153	2774	4413	2528
Pediatría	261	219	0	0	0	0	82	133
Psicología	579	1357	0	0	0	0	593	691
Psiquiatría	146	275	183	447	183	335	48	205
Fisiatría	355	1028	0	0	0	0	0	0
Urología	881	1210	762	1037	795	920	659	769
Vascular Periférico	1799	1982	1810	2491	1866	2374	1692	2260
Nutrición					452	302	378	288

24) Lista de Espera en Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios  
Período 2011-2013 (abril-Diciembre)

Especialidad	2011		2012		Abril 2013		Diciembre 2013	
	Citas	Plazo Días	Citas	Plazo Días	Citas	Plazo Días	Citas	Plazo Días
Audiometría	562	355	887	336	1165	580	943	609
Colonoscopia	544	3079	628	2873	596	2753	624	2508
Ecocardiograma	362	950	256	492	162	372	30	307
Electrocardiograma	10083	1342	10906	1408	12337	1288	0	0
Electroencefalograma			4	233	4	113	0	0
Gastroscopia	4591	3331	4941	2873	4834	2753	3514	2526
Holter	273	1132	318	682	356	562	200	331

<b>Mamografía</b>	440	31	4145	245	0	0	484	33
<b>Proctoscopia</b>							209	400
<b>Prueba Esfuerzo</b>	98	557	98	168	227	210	115	287
<b>Rayos X General</b>	<b>1340</b>	<b>31</b>	<b>10240</b>	<b>245</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1340</b>	<b>57</b>
<b>Rectoscopia</b>							<b>48</b>	<b>1175</b>
<b>Ultrasonido General</b>	<b>527</b>	<b>31</b>	<b>4182</b>	<b>245</b>	<b>01</b>	<b>0</b>	<b>527</b>	<b>1075</b>
<b>Estudios Esp. Rx</b>	<b>310</b>	<b>31</b>	<b>2443</b>	<b>245</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>310</b>	<b>427</b>

25)

Plan de Mejora Lista de Espera Consulta Externa.

- Trasladar la Consulta Externa de Medicina General del Hospital.
- Traslado de cinco médicos generales de la Consulta externa de Medicina General, para liberar cinco consultorios, para uso por Especialistas.
- Conformar equipo de Redes con tiempo extraordinario: 15.800.000 para actualizar agenda de SIIS, para adelantar hasta tres años de la agenda, de lista de espera.
- Dos Códigos de plazas para Llamado de Personas y revisión de Agendas (Call-Center).
- Asignación de un Pediatra.
- Asignación de un Internista.
- Asignación de un Neurólogo.
- Código de plaza técnico Oftalmología.
- Código de plaza de Psicólogo Clínico y EIS.
- Plaza de asistente de redes segundo turno.
- Valorar asignación de Especialistas a unidades del Sur.

26)

Plan de Mejora Lista de Espera Consulta Externa.

- Disminución de Ausentismo.
- Aumentar sustitución.
- Disminuir subsecuencia.
- Aumentar altas.
- Sobreprogramar.
- Guías de Referencia a niveles que refieran.

27) Proyecto Servicio de TAC.



## 28) Proyecto Nuevo Servicio de Emergencias.

Anota la Directora Solera Picado que ha estado muy atenta a la exposición y le parece que es interesante el vuelco que se ha logrado dar, porque están midiendo los indicadores, están midiendo la gestión, que tenía serios problemas. Independientemente del reforzamiento en infraestructura y equipamiento, si no se tiene una buena gestión, por más equipos, por más recurso humano que se tenga, esa parte se pierde. De manera que le agrada mucho que se haya logrado llegar hasta donde están en este momento e insiste en que se debe estar monitoreando constantemente y que se le pidan cuentas a la región sobre los aspectos a supervisar. Por otra parte, le parece muy importante conocer si se está utilizando la estrategia de mantener informada a la comunidad, a las diferentes corrientes comunales, a las fuerzas vivas, porque la comunidad ha estado muy efervescente y hay que demostrarles que se está haciendo un buen trabajo.

Ante las observaciones de los Directores Fallas Camacho y Marín Carvajal, sobre el alquiler de un edificio por \$29.000.00 mensuales, señala la señora Presidenta Ejecutiva que en este momento la propuesta es sacar del Hospital los EBAIS, la gente de primer nivel, pero se está haciendo un estudio de oferta/demanda para ver cuántos equipos nuevos requiere la población de Pérez Zeledón y en qué área. La idea es fortalecer el Hospital para dar oportunidad de que los especialistas trabajen ahí, porque no tienen consultorios, y habilitar el primer nivel de atención; para poder sacar los diez EBAIS es necesario un edificio, pero en tres meses no se puede construir, de manera que la propuesta, dentro del plazo de fortalecimiento, es el alquiler del edificio con las remodelaciones planteadas y a ese monto.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta que la decisión de alquilar el edificio le corresponde totalmente a la Administración. Sin embargo, aunque no es la parte financiera la ideal, quisiera saber si hay otra alternativa.

Responde la doctora Balmaceda Arias que efectivamente la decisión del alquiler del edificio, por el monto, le corresponde a la Administración; es una alternativa que tiene todas las justificaciones técnicas y tiene el avalúo.

Ante la pregunta de don Adolfo al señor Auditor, respecto a si está de acuerdo con esta decisión, responde el licenciado Hernández Castañeda que habría que hacer el análisis. Agrega el Director Gutiérrez Jiménez que él tampoco tiene los datos para decir sí o no.

Considera el Director Fallas Camacho que se debe tomar alguna medida para resolver el problema de Pérez Zeledón y no esperar estudios que vengan dentro de tres, cuatro o seis meses. Cree que hay que tomar una decisión urgente sobre la propuesta que se está haciendo.

Agrega el Director Gutiérrez Jiménez que lo que si debe quedar claro es que la Junta Directiva no está avalando el alquiler, porque no tiene los datos precisos, no obstante que, por la información que se está dando, tiene sentido la propuesta por las necesidades urgentes que hay que cubrir en el área de Pérez Zeledón.

Recuerda la doctora Balmaceda Arias que el informe que se está presentando responde a una solicitud de la Junta Directiva, para conocer el avance del proceso de mejoras en Pérez Zeledón, incluidas las listas de espera y el primer nivel de atención, que se había iniciado con el Grupo

Técnico de Apoyo Hospitalario. Por tanto, se está presentando el plan de fortalecimiento, que ya está en proceso de ejecución, para conocimiento de los señores Directores.

El Director Gutiérrez Jiménez considera que se deben tomar en cuenta los comentarios estrictamente de números que se ha hecho. Agrega el Director Marín Carvajal que más que números son recursos del bien social; si se adquiere el edificio, como se ha sugerido, debe venir a Junta Directiva por el monto, que es de \$2.800.000.00. Le parece que la Administración debe buscar otras alternativas, porque el costo del recurso y el desgaste es muy importante.

En todo caso, anota la doctora Balmaceda Arias que por el momento no se está pensando en adquirir el edificio.

El Director Marín Carvajal coincide con el Director Fallas Camacho en el sentido de que la Administración debe buscar las alternativas de inversión; por lo pronto es encontrar solución al problema de Pérez Zeledón para un mejor servicio a la población, pero paralelamente se debe procurar que este alquiler no quede a perpetuidad.

**Por consiguiente**, teniendo a la vista el oficio N° GM-SJD-4885-2014 fechado 4 de marzo del año en curso, que firma la señora Gerente Médico y en adelante se transcribe, en lo conducente:

#### **“RESUMEN EJECUTIVO**

En atención de lo solicitado, respecto de la presentación del Plan de Fortalecimiento planteado desde esta Gerencia, para el mejoramiento de la calidad en la prestación de Servicios de Salud a los habitantes del Cantón de Pérez Zeledón; me permito presentar el siguiente informe que consta de dos componentes:

1. Plan de Acompañamiento del Hospital Dr. Escalante Pradilla.
2. Proyecto de ampliación de la oferta de servicios en el primer nivel de Atención; para el fortalecimiento de la prestación de Servicios en el Área de Salud de Pérez Zeledón, mediante la apertura de cinco EBAIS en San Isidro del General, Pérez Zeledón.

La presentación de este Plan estará a cargo de la MSc. Sindy Torres Mena, Asistente de la Gerencia Médica, en su calidad de Enlace Gerencia con la Región Brunca.

Cabe resaltar, que dentro de los elementos abordados en el presente plan; se brinda atención a lo dispuesto en los artículos N° 21, 10 y 38 de las sesiones N°s 8622, 8639 y 8643.

#### **ANTECEDENTES**

Esta Gerencia preocupada por el estado de los Servicios de Salud suministrados por la Institución en el Cantón de Pérez Zeledón, debido a las constantes quejas recibidas por múltiples actores sociales de la zona, define el solicitarle al Equipo Técnico de Apoyo Hospitalario, una evaluación integral de la gestión de esta nosocomio, a bien de identificar los elementos susceptibles de mejora, para el fortalecimiento de los servicios y la atención de las solicitudes planteadas por la comunidad.

En este sentido, se logra identifica a través del ETAH, noventa y cuatro elementos para la toma de decisiones respecto del mejoramiento de este nosocomio; en donde destaca con elementos fundamental, la necesidad de separar la prestación de servicios de consulta externa en medicina general del quehacer del Hospital Regional, debido a la necesidad de espacios físicos para la atención de las Listas de Espera en Consulta Externa Especializada, escenario en donde pese a la disponibilidad de especialistas, la unidad debe rotar la prestación de servicios entre la cantidad limitada de consultorios disponibles para estos efectos. Por lo tanto, se propone como uno de los elementos sustantivos de atención, la liberación del Nosocomio regional de las acciones del primer nivel de atención, para el mejoramiento directo de su gestión.

Por otra parte, pese a la priorización antes mencionada, se le solicita al Hospital Dr. Escalante Pradilla; elaborar un Plan de Acompañamiento en conjunto con la Gerencia Médica, ETAH, UTLE, Dirección de Red de Servicios de Salud y Dirección Regional de Servicios de Salud Brunca; en donde se atiendan en el corto plazo (un año), todos los hallazgos identificados por ETAH en donde deben haber mejoras en la gestión.

Para tales efectos, se dispone de los siguientes antecedentes:

- Oficio: 29.739, del 10 de junio de 2013 (Artículo 38°, Sesión 8643).
- Oficio: N°29.680, del 20 de mayo de 2013 (Artículo 10°, Sesión 8639).
- Oficio: N°17.847, del 11 de febrero de 2013 (Artículo 21°, Sesión 8622).
- Los Hallazgos identificados en el Informe sobre Gestión elaborado por el Equipo Técnico de Apoyo Hospitalario, en el Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, San Isidro del General, Pérez Zeledón. Octubre – 2013
  - H1) La población adscrita directa e indirecta se ha incrementado. Año 1977, directa: 72.168, indirecta: 118.086 habitantes. Total: 190.254. Año 2013, directa: 183.321, indirecta 152.654 habitantes. Total: 335.975. Creció en 145.721 habitantes.
  - H2) Producción Hospitalaria (egresos) del 2008 al primer semestre del 2013 con leve crecimiento.
  - H3) Incremento moderado en el número de atenciones en Consulta Externa en ese mismo período.
  - H4) Mayor porcentaje de citas en Consulta Externa son para pacientes de primera vez, período 2008 a junio de 2013.
  - H5) Crecimiento en el número de atenciones por recargo en Consulta Externa.
  - H6) Importante número de pacientes en Lista de Espera a largo plazo en diferentes especialidades de Consulta Externa, corte al 30 de abril 2013.
  - H7) Importante incremento en el número de atenciones en el Servicio de Emergencias, período 2008 a junio de 2013.
  - H8) Importante incremento de referencias recibidas (algunas no bien justificadas) del primer nivel y de los centros médicos del sur.
  - H9) Bajo porcentaje de altas y contrarreferencias.
  - H10) Por falta de espacio físico, se han tenido que construir consultorios y oficinas en los pasillos, provocando que el Hospital se vea hacinado y oscuro.
  - H11) Varios especialistas deben compartir consultorios ya que parte de éstos están ocupados por médicos asistentes generales que atienden consultas de primer nivel.
  - H12) Para la gestión de las Listas de Espera, el Hospital no cuenta con una estructura que contenga al menos: equipo gestor, un sistema de información

- automatizado relacionado con los procesos de consulta externa, procedimientos, cirugías y un centro de llamadas debidamente equipado.
- H13) En Consulta Externa de Ortopedia, al corte 30 de abril 2013, existe una Lista de Espera de 4.153 pacientes a 2.774 días (7,6 años).
  - H14) En algunas especialidades como Vascular Periférico, Ortopedia y Oftalmología (Fondo de Ojo), las listas espera en Consulta Externa, se están asignando al 2019.
  - H15) El ausentismo de la Consulta Externa se sustituye en un 40% pero no todos son de Listas de Espera. (Anexo 6)
  - H16) Importante número de pacientes en Lista de Espera a largo plazo en procedimientos, corte al 30 de abril del 2013.
  - H17) Existe programa de telemedicina en Neurología, Dermatología con la red que es de alta producción, impactando positivamente Listas de Espera. Otros servicios que cuentan con tele consultas son: Ortopedia, Vascular Periférico, O.R.L. y Neurocirugía.
  - H18) El resto de hospitales de la región no cuentan con especialistas en Dermatología, Cardiología, O.R.L., Urología y Gastroenterología por lo que se incrementa las listas de espera.
  - H19) En el Hospital de Golfito existe una Torre de Gastroscopía subutilizada según algunos médicos especialistas del Dr. Hospital Escalante Pradilla.
  - H20) Por falta de equipo médico, algunos especialistas de los hospitales del sur, no pueden resolver cierto tipo de patologías por lo que refieren los pacientes a este centro médico. (Servicios de Oftalmología del Hospital Ciudad Neily y Ortopedia del Hospital de Golfito).
  - H21) Se tienen que trasladar al Hospital San Juan de Dios los pacientes que requieren T.A.C. y los urgentes lo realizan en Pérez Zeledón bajo la modalidad de compra de servicios. (Anexo 7)
  - H22) Hay especialidades que cuentan con un solo médico para toda la región como: Neurocirugía, Neurología, Patología y Vascular Periférico por lo que los pacientes de la parte sur de la región deben ser referidos a este nosocomio, incrementando Listas de Espera. (Anexo 8)
  - H23) Existen 12.337 pacientes a 1.288 días de espera (3,5 años) para electrocardiogramas al corte del 30-4-2013 de los cuales un importante porcentaje corresponden al primer nivel de atención por Compromisos de Gestión.
  - H24) Existen 4.834 gastroscopias pendientes a 2.753 días de espera, ya que la Gastroenteróloga anterior no podía realizar dicho procedimiento por problemas de salud y recomendación del I.N.S., lo que ocasionó rezago y listas de espera. A partir de marzo 2013 ingresó otro Gastroenterólogo.
  - H25) Existen 9.317 pacientes en Lista de Espera Quirúrgica sin asignación de fecha al corte del 31-03-2013. (Anexo 9)
  - H26) Se están implementando para cirugías, las instrucciones de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), asignando programación a 6 semanas y realizando la depuración.
  - H27) Para finales de julio 2013, se inició el programa Cirugía Vespertina (de 4 p.m. a 10 p.m.) que consiste en realizar 300 cirugías de los pacientes más antiguos de listas de espera de cirugía general con patología vesicular y hernias. (Anexo 10)

- H28) El Servicio de Emergencias está sobresaturado y el proyecto de la construcción de la Torre de Emergencias se encuentra presentado en el Portafolio de Proyectos y no se ha ejecutado. (Anexo 11)
- H29) La alta demanda diaria de pacientes en Emergencias es atendida por 9 ½ médicos generales y 2 Emergenciólogos.
- H30) La mayoría de cirugías realizadas ingresan por el Servicio de Emergencias.
- H31) Existen 5 quirófanos, 4 para cirugía aséptica para 11 especialidades quirúrgicas, (27 cirujanos) y 1 para cirugía séptica.
- H32) No existe grupo gestor de salas de operaciones.
- H33) No existe adecuado sistema automatizado para el registro y control del manejo de las Listas de Espera Quirúrgicas.
- H34) No existe una sala de operaciones exclusiva para obstetricia por lo que las emergencias obstétricas provocan suspensión de cirugías programadas de otras especialidades, impactando listas de espera.
- H35) La Sala de Recuperación cuenta únicamente con 6 camas lo que impide aumentar producción, complejidad y manejo adecuado de Listas de Espera.
- H36) Índice ocupacional adecuado para un hospital regional.
- H37) Estancia promedio hospitalaria adecuada, sin embargo los servicios de Cirugía General y Medicina la superan con sus propios recursos.
- H47) Largas filas para sacar citas y toma de muestras en el Laboratorio Clínico con pacientes de primer nivel (800 pacientes diarios).
- H48) Largas filas en Farmacia durante todo el día con pacientes de primer nivel.
- H49) Existe faltante de equipo médico según los Jefes Médicos.
- H50) Los choferes de los hospitales del sur se rehúsan a trasladar a los pacientes que tienen orden de salida del Escalante Pradilla, por lo que deben permanecer hasta 4 días hospitalizados en espera.
- H51) Existen pacientes del primer nivel de atención en Odontología del hospital a un plazo de 2,5 años (corte al 30-4-2013). (Anexo 12)
- H52) La planta física de Radio Imágenes es inadecuada e insuficiente por lo que no existe espacio disponible para nuevos equipos y ubicar nuevos radiólogos.
- H53) El sistema de registro de citas existente en Radio-Imágenes no reúne los requisitos necesarios para el control adecuado de las listas.
- H54) Existen 5.000 pacientes en lista de espera en Ultra Sonido con citas al 2015 de los cuales 3.648 corresponden al primer nivel de atención. (Anexo 13)
- H55) Las Listas de Espera quirúrgicas son manejadas por el Coordinador de Compromisos de Gestión (Asistente Administrativo de la Dirección General) y un médico representante de la misma. Una vez al mes se reúne el equipo conformado por el Director General, Director Administrativo, personal de REDES y el encargado de Listas de Espera. .
- H38) Giro de cama adecuado para un hospital regional.
- H39) No existe Grupo Gestor de Camas que incluya además la coordinación del internamiento de pacientes que se encuentran en Observación de Emergencias.
- H40) Los hospitales de la red del sur, no están resolviendo adecuadamente las necesidades de salud de los usuarios,

- impactando la atención del Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Escalante Pradilla e indirectamente las Listas de Espera de este Hospital.
- H41) Se suspenden cirugías programadas (Listas de Espera) para atender pacientes urgentes del I.N.S. (traumas) y otras emergencias quirúrgicas.
- H42) El Hospital cuenta con 41 médicos generales, de los cuales 12 están ubicados en Consulta Externa, 5 atienden programas especiales y 7 brindan servicio de primer nivel ocupando consultorios, restando espacio físico para aumentar las horas de atención especializada.
- H43) Los otros médicos generales atienden en Cirugía, Pediatría, Medicina, Sala de Partos, Cuidados Intensivos, Centinela, Saneamiento Básico Hospitalario, Clínica del Dolor, Clínica de Mama, Clínica del Adolescente, Medicina Laboral, Anticoagulados y atención de pacientes con Dengue.
- H44) En el 2012, de 139.995 consultas médicas brindadas, 70.993 (50,71%) correspondieron a Medicina General (Primer Nivel).
- H45) No existen E.B.A.I.S. en el centro de San Isidro de Pérez Zeledón.
- H46) El Área de Salud de San Isidro no tiene laboratorio clínico ni farmacia por lo que el Hospital asume la atención de los usuarios de primer nivel
- H56) El Área de Bienes y Servicios está ubicada a casi 2 kilómetros del Hospital lo que dificulta la gestión y coordinación con los servicios, incrementa los gastos por traslado de mercadería por terceros y los riesgos que esto implica. (Anexo 14)
- H57) El Área de Bienes y Servicios no cuenta con vigilancia personalizada según Oficio de la Comisión del Gasto, únicamente por monitoreo. (Anexo 15)
- H58) Existen algunos procedimientos de compra conjuntos con la Dirección Regional (economía de escala) por recomendación de la Auditoría Interna a pesar de que el Hospital dispone de la plantilla completa de Bienes y Servicios para asumir estos procedimientos.
- H59) Según revisión de expedientes de compra, algunos procedimientos se inician tardíamente, lo que ocasiona que muchos de ellos no se puedan ejecutar en el período presupuestario, provocando subejecuciones, mismas que se tienen que cancelar en el período siguiente. (Anexo 16)
- H60) El sistema de comunicación telefónica del Área de Bienes y Servicios es insuficiente ya que la capacidad de la central es limitada, generando atrasos en la comunicación con proveedores y los servicios del Hospital.
- H61) En el período 2008 al 15-7-2013, el Presupuesto de Materiales y Suministros de No Efectivo, las sub ejecuciones obedecen a inadecuado control y seguimiento presupuestario. (Anexo 17, 18 y 19)
- H62) Incremento ordinario y extraordinario de la asignación del Presupuesto de Efectivo del período 2008 al 15 de julio de 2013. (Anexo 20)
- H63) En el período 2008 al 15-7-2013, se determinó un incremento de recursos ordinarios y extraordinarios en el Presupuesto de Efectivo, en los grupos de partidas de Tiempos Extraordinarios, Servicios no Personales, Materiales y Suministros y Equipo.
- H64) El período 2008 al 15 de julio 2013, muestra un incremento en el gasto de las partidas de Guardias y Disponibilidades Médicas. (Anexo 21)
- H65) En período 2008 a 2012, se sub ejecutaron 696.4 millones de colones del Presupuesto de Efectivo en los grupos de partidas Servicios No Personales, Materiales y Suministros y Equipamiento. (Anexo 22)

- H66) En el período 2008 a 2012, se sub ejecutaron 567.2 millones de colones del Presupuesto de No Efectivo del grupo de partida Materiales y Suministros. (Anexo 17, 18 y 19).
- H67) Los jefes y/o encargados de servicio, manifiestan que desconocen el presupuesto anual asignado, lo que ocasiona algunos problemas para la adquisición oportuna de equipos, insumos y materiales. Únicamente se les entrega un listado con las partidas de: Personal Sustituto, tiempo extraordinario y activos.
- H68) En los períodos 2011 y 2012, se evidenció que la Oficina Financiero Contable no elabora informes de los servicios que compran por Caja Chica.
- H69) Se evidenció que durante el período 2011 a junio 2013, la Jefatura de la Oficina Financiero Contable realizó únicamente 2 arquezos sorpresivos de Caja Chica.
- H70) Se evidenció diferencias significativas en montos de los saldos disponibles entre el Sistema Integrado Control de Presupuesto local y el central.
- H71) Según revisión en el Sistema Integrado Control de Presupuesto del nivel central y local, se encontró que la Oficina Financiero Contable no está registrando en forma oportuna algunas reservas legales.
- H72) En el período 2008 al 15-7-2013, no se documentó que la Oficina Financiero Contable realice conciliaciones presupuestarias.
- H73) Existe atrasos en el pago de facturas a proveedores por trámites incompletos y coordinación inadecuada entre las unidades de Bienes y Servicios y Presupuesto. (Anexo 23)
- H74) Incremento en los costos y kilómetros recorridos por traslado de pacientes durante los períodos 2008 al I Semestre del 2013, por uso de ambulancias institucionales, Cruz Roja y privada por envío a citas médicas, emergencias, exámenes especializados, del I.N.S. y en la región. (Anexo 24)
- H75) El Área de Registros Médicos (REDES) no cuenta con recurso humano suficiente y sus labores se han incrementado sustancialmente por el aumento de la población adscrita y la atención de 70.993 consultas anuales de medicina general que se atienden en el Hospital y la llegada de nuevos especialistas.
- H76) La revisión realizada a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos local por funcionarios de la Subárea Control y Evaluación de Nómina de la Dirección de Administración y Gestión de Personal en su informe SCEN-124-2011, no determinan inconsistencias en el trámite, digitación y pago de documentos.
- H77) Se revisaron 29 expedientes de personal de primer ingreso, determinando que se cumplió en un 100% las políticas de reclutamiento y contratación de personal (E.I.S., títulos, incorporaciones, elegibilidades, requisitos del puesto (Anexo 25)
- H78) Se revisaron 6 expedientes de terminaciones de contrato de funcionarios que se acogieron a la pensión por vejez, invalidez, fallecimiento o despidos, determinando 100% con la normativa que regula el trámite y cálculo de derechos laborales y los nuevos procedimientos de cálculo que establece la Ley de Protección al Trabajador. (Anexo 26)
- H79) De 60 plazas otorgadas al Hospital del 2008 a junio 2013, 11 corresponden a médicos especialistas, 3 tienen perfil administrativo (Oficinista, Secretaria, Asistente Técnico en Administración). (Anexo 27)

- H80) El Centro de Gestión Informática (C.G.I.) cuenta con tres plazas, dos de ellas pertenecen a Tecnología de Información (T.I.C.) y una en calidad de préstamo de Asistente Técnico en Administración 4, que resulta insuficiente para atender las necesidades del Hospital. (Anexo 28 y 29)
- H81) El espacio físico asignado al C.G.I. es insuficiente, consta de 18 m<sup>2</sup> donde también se encuentra el cuarto principal de comunicaciones. (Anexo 30 y 31) Se elaboró un Programa Funcional y se presentó en el Portafolio de Proyectos para subsanar esta situación, mismo que a la fecha no se ha logrado implementar. (Anexo 32 y 33)
- H83) Se evidenció que el C.G.I. ha realizado gestiones para garantizar la aplicabilidad de las Políticas y Reglamento Institucional en Seguridad Informática. (Anexos 35 y 36)
- H84) En el Programa de Inducción al Trabajador elaborado por la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, carece de contenidos de Seguridad Informática, a pesar de que la jefatura del C.G.I. lo ha solicitado. (Anexo 37)
- H85) Se evidenció la carencia de un estudio o diagnóstico eléctrico que permita determinar el probable riesgo a que están expuestos los equipos en T.I.C, a pesar de que la jefatura del C.G.I. ha solicitado dicho estudio a las autoridades locales. (Anexo 38)
- H86) Las instalaciones del C.G.I no cuenta con sistema de extinción basado en agentes gaseosos.
- H87) Se cumple con lo referente a la contratación de Caja de Seguridad con algún banco estatal para el resguardo de información electrónica, según circular GDF-9.034 del 20 de febrero del 2007. (Anexo 39 y 40)
- H88) El Estado Actual Red Datos Voz no está certificada. (Anexo 41 y 42).
- H89) Según Informe “Situación Estado Actual Red Voz y Datos”, indica que el costo para sustituir e implementar la red de datos certificada, tiene un costo aproximado de \$500.000,00. (Anexo 42 y 43)
- H90) Según estudio sobre Diagnóstico/Situación Actual de Necesidades en Tecnologías de Información en Telecomunicaciones, el Hospital presenta rezago en equipamiento y requiere aproximadamente \$130.400,00 en la subpartida 2315 “Equipo de Cómputo”, para reducir la brecha tecnológica. (Anexo 41)
- H91) El Sistema Informatizado para el Registro de las Listas de Espera de Cirugías Local, denominado “CIRUGIAS”, no cumple con los requerimientos de calidad de información.
- H92) La labor de aseguramiento la realiza personal de Redes del Hospital pero le corresponde al primer nivel.
- H93) El nivel central no ha atendido las gestiones realizadas por las autoridades locales para renovar algunas ambulancias que se encuentran en estado avanzado de deterioro. (Anexo 44 y 45).
- H94) Según el listado de inventario de sistemas de información, el Hospital cuenta con 37 programas que han sido desarrollos por personal de Oficinas Centrales, Local y Externo que a continuación se detallan: Oficinas Centrales 21, Local 11, Externo 5 (1 del Hospital Calderón Guardia, 1 desarrollado por estudiantes (mantenimiento), Laboratorio Clínico, Digitalización de Imágenes y Control de Asistencia y Puntualidad). (Anexo 46)



- Las recomendaciones emanadas del Informe de Auditoría elaborado, sobre el servicio de Anestesia del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla – 2013.
- De conformidad con los resultados del presente informe y con el apoyo que brinde la asesoría legal pertinente, valorar los hechos evidenciados que se resumen a continuación y determinar si existen suficientes elementos de mérito para iniciar una INVESTIGACIÓN ADMINISTRATIVA-DISCIPLINARIA en contra del Dr. Ignacio Ramírez Vargas, JEFATURA SERVICIO ANESTESIOLOGÍA Y RECUPERACIÓN, considerando los siguientes aspectos:
  - Debilidades en la elaboración del Plan de Gestión Local en cuanto a: planificación de metas, falta de definición de objetivos claros, de fortalezas y de oportunidades, ausencia de temas importantes en la valoración de riesgos, lo cual no garantiza una adecuada conducción de las actividades en el Servicio de Anestesiología.
  - Ausencia de actividades de control y supervisión para garantizar una eficiente programación de los médicos especialistas en Sala Operaciones.
  - Debilidades de control en el registro de la actividad quirúrgica y de anestesia, lo cual no garantiza disponer de información suficiente y competente para la toma de decisiones.
  - Debilidades de control y seguimiento para garantizar el cumplimiento de la programación semanal de actividades del personal médico en anestesiología.
  - Debilidades en actividades de control para evaluar el rendimiento del personal médico especialista en Sala de Operaciones, que garantice el uso eficiente de los recursos asignados.
  - Inadecuada gestión administrativa para atender aspectos relacionados con la organización administrativa del área de recuperación y cumplimiento de la programación diaria de cirugía electiva.
- 2. Considerando que los resultados del estudio evidencian debilidades de gestión y de dirección en el Servicio de Anestesiología y de la actividad quirúrgica electiva, instruir a la Dirección General del hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla la formulación y ejecución de un Plan de Acción, mediante el cual se fortalezcan las actividades administrativas, técnicas y de control, estableciéndose responsables y plazos de atención para atender los siguientes aspectos:
  - Fortalecer la planificación operativa de los Servicios de Anestesiología y Cirugía, de tal manera que las metas y objetivos que se definan sean congruentes con las definidas en el Plan de Gestión Local del Hospital.
  - Elaborar un cronograma semanal que defina las actividades asignadas al personal médico especialista, el cual incluya las tareas y horarios asignados por día. Asimismo, establecer las medidas de control para verificar su cumplimiento.
  - Elaborar y aplicar un plan de control y seguimiento de indicadores de producción del recurso profesional en Anestesia y Recuperación.
  - Mejorar los sistemas de información, de tal manera que se registren los tiempos de uso del quirófano y procedimientos quirúrgicos realizados en Sala de Operaciones donde no participa el personal médico anestesiólogo.
  - Evaluar y adoptar las medidas de control y seguimiento que correspondan para fortalecer el registro en la hoja de anestesia y recuperación de los

tiempos de inicio de la anestesia y la hora de inicio de la cirugía. Se deben adoptar medidas en conjunto con el personal médico especialista.

- Valorar la designación de un médico especialista en anestesiología para el Área de Recuperación.
  - Que el Servicio de Enfermería se establezca los controles que correspondan para registrar y documentar las causas de suspensión de las cirugías por especialidad y por sala de cirugía, y se informe a la Jefatura de Cirugía y Anestesiología para que se adopten las medidas correctivas pertinentes.
  - Llevar a cabo un seguimiento semanal sobre el desarrollo de la actividad quirúrgica programada, que permita determinar, por especialidad, el índice operatorio alcanzado y la cantidad de cirugías suspendidas con la respectiva justificación (índice de suspensión). En los casos que se realicen intervenciones quirúrgicas no programadas y que se encuentren en la lista de espera, sea avalada por la Dirección Médica.
  - Observando el ordenamiento jurídico, valorar la permanencia del Dr. Ignacio Ramírez Vargas, como Jefatura del Servicio Anestesiología y Recuperación, mientras se elabora e implementa el Plan de Acción solicitado y se cumplan las recomendaciones de Auditoría.
  - Revisar, reestructurar y actualizar las funciones del Grupo Gestor de Listas de Espera, asimismo, valorar la procedencia de continuar con el Programa de la Casa a la Sala.
  - Considerando que se determinó la realización de 115 cirugías electivas, cuyos pacientes ingresaron mediante la Consulta Externa y sin haber sido programadas por el Grupo Gestor de las Listas de Espera, proceder a realizar una investigación para determinar si en estos casos se cumplieron con los procedimientos establecidos, entre otros aspectos se deberá establecer; la procedencia de los pacientes, si estaban en lista de espera, quién autorizó el procedimiento quirúrgico, médicos que realizaron la intervención, entre otros. De los resultados se deberá de proceder como en derecho corresponda.
- Estado de las Listas de Espera, según informes mensuales de la Unidad Técnica de Listas de Espera.

## **RECOMENDACIÓN**

La Gerencia Médica con base en el Plan de fortalecimiento aquí presentado, recomienda a la Junta Directiva, dar por recibido el documento antes referido y dar por atendido lo dispuesto a este nivel en los artículos N°s 21, 10 y 38 de las sesiones N°s 8622, 8639 y 8643; respecto de la atención de directa por parte de esta Gerencia, de las inquietudes manifestadas tanto por la Municipalidad de Pérez Zeledón, la Junta de Salud del Hospital Dr. Escalante Pradilla y UPAIV, sobre el fortalecimiento del nosocomio regional.

Además de que la Gerencia Médica, presente un informe semestral de los avances obtenidos en la implementación del Plan de Fortalecimiento aquí presentado”,

habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte de la MSc. Sindy Torres Mena, Asistente de la Gerencia Médica, la Junta Directiva, de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica, vista en el citado oficio N° GM-SJD 4885-2014 –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el Plan de Fortalecimiento para la prestación de servicios de salud a los habitantes del Cantón de Pérez Zeledón, elaborado por la Gerencia Medica.
- 2) Dar por atendido lo dispuesto en los artículos 21°, 10° y 38°, en su orden, de las sesiones números 8622, 8639 y 8643, respecto de la atención de directa por parte de la Gerencia Médica, en cuanto a las inquietudes manifestadas tanto por la Municipalidad de Pérez Zeledón, la Junta de Salud del Hospital Dr. Escalante Pradilla y UPAIV, sobre el fortalecimiento del nosocomio regional.
- 3) Que la Gerencia Médica debe presentar un informe semestral de los avances obtenidos en la implementación del Plan de Fortalecimiento aquí presentado.

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

La licenciada Torres Mena se retira del salón de sesiones.

## **ARTICULO 22°**

La doctora Villalta Bonilla se refiere al oficio N° GM-RH-6333-2014, del 04 de marzo del año 2014, por medio del que informa que el Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz declina nombramiento interino como Director General a.i. del Hospital San Vicente de Paúl (19°, 8697), de manera que corresponde hacer el respectivo nombramiento del Director interino.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, se obtienen los siguientes resultados: votan a favor la señora Presidenta Ejecutiva, la Directora Solera Picado y los Directores Meléndez González, Gutiérrez Jiménez y Marín Carvajal. Los Directores Fallas Camacho, Nieto Guerrero y Salas Carrillo votan a favor del nombramiento del doctor Marco Antonio Salazar Rivera; el Director Loría Chaves vota negativamente respecto de los dos candidatos señalados.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que, de acuerdo con la votación, queda nombrado el doctor Roberto Cervantes en el Hospital de Heredia, por un período de hasta tres meses, mientras sale a concurso la plaza. Como el doctor Cervantes está nombrado en Grecia y no está en agenda el tema de las sustituciones en este lugar, propone que se permita que, al final de la sesión, la doctora Villalta presente la propuesta que tiene.

**Por consiguiente,** conocida la información presentada por la señora Gerente Médico, que concuerda con los términos del oficio número GM-RH-6333-2014, del 4 de marzo del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee así:

**“RESUMEN EJECUTIVO:**

A partir del 17 de febrero del 2014, la Dra. Yamileth Obando Salazar, Directora General del Hospital San Vicente de Paúl, se acoge a la pensión anticipada, por lo tanto se hace un proceso de pedimento de oferentes para el nombramiento interino en dicho cargo por parte de la Junta Directiva, proceso realizado por la Gerencia Médica en coordinación con la Oficina de Gestión de Recursos Humanos de dicho Hospital.

Mientras se realizó el citado proceso, la Junta Directiva, según lo indicado en el artículo 18° de la sesión N° 8695, celebrada el 20 de febrero de 2014, acuerda nombrar en forma temporal por recargo de funciones en la Dirección General del Hospital San Vicente Paúl a la Dra. Marcela Chavarría Barrantes, Directora Regional de Servicios de Salud Región Central Norte, por un período de hasta 15 días a partir del 21 de febrero de 2014, con las competencias necesarias para ejercer dicho cargo.

El resultado de los participantes del concurso interino, se comunicó a la Junta Directiva en oficio GM-RH-6176-14 suscrito por la Gerencia Médica, cuyo resultado fue la presentación de los siguientes oferentes: Dr. Johnny Antonio Alfaro Morales, Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Dr. Jorge Arturo Fonseca Renault, Dr. José Manuel Mata Ureña, Dra. Yalile Muñoz Chacón, Dr. Marco Antonio Salazar Rivera y Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz.

Por lo tanto, según lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 19 de la sesión N° 8697 celebrada el 27 de febrero de 2014, se acuerda nombrar interinamente al Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz en la plaza No. 05397 de Medico Director 2, correspondiente al cargo de Director General del Hospital San Vicente de Paul, a partir del 3 de marzo del año en curso y hasta el 28 de marzo de 2014, sujeto dicho nombramiento a lo dispuesto en el artículo No. 9 de la sesión No. 8652 del 1 de agosto de 2013 y en el artículo No. 10 de la sesión No. 8689 de fecha 16 de enero del 2014.

Es así, como se recibe en la Gerencia Médica, el oficio de fecha 28 de febrero de 2014 por parte del Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz, donde presenta declinación de lo acordado por Junta Directiva.

Por lo anterior, y ante la necesidad de definir el nombramiento interino del Director General del Hospital San Vicente de Paúl, la Gerencia Médica remite nuevamente los nombres de los oferentes ante la Junta Directiva, que corresponden a: Dr. Johnny Antonio Alfaro Morales, Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Dr. Jorge Arturo Fonseca Renault, Dr. José Manuel Mata Ureña, Dra. Yalile Muñoz Chacón y Dr. Marco Antonio Salazar Rivera, para que considerando la entrevista previa que se les aplicó, sea electo el candidato respectivo.

**ANTECEDENTES:**

- Oficio N° 26.311 de fecha 28 de febrero de 2014, donde se comunica lo resuelto por Junta Directiva en el artículo 19° de la sesión N° 8697 celebrada el 27 de febrero de 2014.
- Nota sin numeración de fecha 28 de febrero de 2014, suscrita por el Dr. José Antonio Ugalde Muñoz.
- Currículos de los profesionales que presentaron oferta ante la Oficina de Gestión de Recursos Humanos del Hospital San Vicente de Paúl.

DICTAMEN TÉCNICO-LEGAL:

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

*“... Artículo 2: En cada Hospital la clasificación de los servicios médicos estará constituida de la siguiente manera:  
a) Director ...”*

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

Artículo 9 de la Ley No. 7852:

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

Artículo 8 del Reglamento a la Ley No. 7852:

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

Cumpliendo con el proceso solicitado, la Gerencia Médica presenta el resultado de los participantes del concurso interino, ante la Junta Directiva en oficio GM-RH-6176-14, con los siguientes oferentes: Dr. Johnny Antonio Alfaro Morales, Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Dr. Jorge Arturo Fonseca Renault, Dr. José Manuel Mata Ureña, Dra. Yalile Muñoz Chacón, Dr. Marco Antonio Salazar Rivera y Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz.

Por lo tanto, la Junta Directiva en el artículo 19° de la sesión N° 8697 celebrada el 27 de febrero de 2014, acuerda nombrar interinamente al Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz en la plaza N° 05397 de Medico Director 2, correspondiente al cargo de Director General del Hospital San Vicente de Paul, a partir del 3 de marzo del año en curso y hasta el 28 de marzo de 2014, sujeto dicho nombramiento a lo dispuesto en el artículo N° 9° de la sesión N° 8652 del 1° de agosto de 2013 y en el artículo N° 10 de la sesión N° 8689 de fecha 16 de enero del 2014.

No obstante lo anterior, esta Gerencia Médica, recibió en fecha 28 de febrero de 2014 oficio sin numeración, suscrito por el Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz, donde presenta declinación a lo acordado por la Junta Directiva, que a la letra indica:

...(") Yo me presenté al concurso con una ilusión y con todas las ganas de trabajar y brindar a la institución mi expertiz para ponerlo al servicio de los asegurados y autoridades de la CCSS pero no tenía lo suficientemente claro el riesgo al que me enfrentaba con un nombramiento de tres meses en condición interina, al conocer y analizar bien la situación presentada, con toda pena me veo obligado a declinar el nombramiento discutido en el artículo 19°, sesión número 8697 del 27-2-14 por la Junta Directiva ya que por la inestabilidad de mi condición laboral y al no contar con interinato como Director 2 situación que afectaría tanto a mi persona como a mi familia por la falta de ingresos económicos.

Esta situación es difícil para mi persona pero ante todo debo ser transparente y sobre todo claro con su persona ante tan incómoda situación. ...(").

En razón de ello y dando cumplimiento a lo establecido en el ordenamiento jurídico y bajo el procedimiento de economía procesal y ante la necesidad de definir el nombramiento interino del Director General del Hospital San Vicente de Paúl, la Gerencia Médica remite nuevamente los nombres de los oferentes ante la Junta Directiva, que corresponden a: Dr. Johnny Antonio Alfaro Morales, Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Dr. Jorge Arturo Fonseca Renault, Dr. José Manuel Mata Ureña, Dra. Yalile Muñoz Chacón y Dr. Marco Antonio Salazar Rivera. Lo anterior, para que considerando la entrevista previa que se les aplicó, sea electo el candidato respectivo, todo en el marco de la transparencia, objetividad y sana práctica administrativa.

Cabe agregar que los oferentes, cumplen con los requisitos obligatorios académicos y legales que exige el Manual Descriptivo de Puestos, para ocupar la plaza de Médico Director 2, Director General del Hospital San Vicente de Paúl.

### **RECOMENDACIÓN:**

Esta Gerencia Médica de conformidad con la Ley y el Reglamento del Estatuto de Servicios y la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas, y la previa revisión del proceso de pedimento de oferentes para el concurso de nombramiento interino de Director General del Hospital San Vicente de Paúl y con la finalidad de proceder con transparencia y objetividad, recomienda que el candidato electo sea nombrado por tres meses en período de prueba y evaluación de gestión, nombramiento sujeto al resultado del estudio técnico de las gestiones realizadas según acuerdos emitidos por la Junta Directiva, referente al desarrollo de acciones sobre el proceso de desconcentración en los diferentes centros de trabajo”,

conocida la información suministrada por la Dra. Villalta Bonilla, Gerente Médica, en relación con la declinación presentada por el Dr. Juan Antonio Ugalde Muñoz, respecto de lo acordado en el artículo 19° de la sesión N° 8697 del 27 de febrero del año 2014 por esta Junta Directiva y considerando el proceso de entrevistas realizadas a cada uno de los funcionarios participantes en el concurso interino para ocupar el cargo de Director General del Hospital San Vicente de Paúl, conforme lo establece el artículo 8 de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social N° 7852 y su Reglamento, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** nombrar interinamente al doctor Roberto Cervantes Barrantes, en la plaza N° 05397 de Médico Director 2, correspondiente al cargo de Director General del Hospital San Vicente de Paúl, a partir del 10 de marzo del año en curso y por un período de hasta tres meses; nombramiento sujeto a lo resuelto en el artículo 9° de la sesión N° 8652, del 1° de agosto del año 2013 y en artículo 10° de la sesión N° 8689, de fecha 16 de enero del año 2014.

En concordancia con lo anterior, además de las potestades y facultades inherentes al cargo, se le confieren las potestades y obligaciones atribuidas al director del órgano desconcentrado, en el artículo 25° de la sesión No. 7606 celebrada el 6 de diciembre del 2001, para los efectos del marco de la desconcentración creado con base en la Ley No. 7852 y su Reglamento.

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

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

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, salvo por los Directores Fallas Camacho, Nieto Guerrero y Salas Carrillo. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

La doctora Villalta Bonilla se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías, arquitecta Gabriela Murillo Jenkins, y el licenciado David Valverde Méndez, Asesor de la citada Gerencia.

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

El Director Loría Chaves se disculpa y se retira temporalmente del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 23°**

*“De conformidad con el criterio SJD-AL-0031-2020 del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Marín Carvajal.

#### **ARTICULO 24°**

El licenciado Campos Montes se refiere al oficio N° 19062-14 de fecha 26 de febrero del año 2014, que contiene la propuesta pertinente en cuanto al traspaso de la Presidencia Pro Témpore del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD) de Belice a Costa Rica.

Al efecto, don Luis Fernando se apoya en las siguientes láminas, una copia de las cuales se deja constando en la correspondencia de esta sesión.

**Por consiguiente**, conocida la información presentada por el licenciado Luis Fernando Campos Montes, Secretario Técnico del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana, que concuerda con los términos del oficio número GA-19062-14 del 26 de febrero del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

“Con miras a la próxima celebración de la XXXV Asamblea Ordinaria del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD) y el traspaso de la Presidencia Pro Témpore del Seguro Social de Belice a la Caja Costarricense de Seguro Social; asumiendo su persona la Presidencia, y el suscrito –por delegación suya-, la Secretaría Técnica del CISSCAD, se estima pertinente someter a su consideración la presente propuesta con el propósito de que sea del conocimiento y aprobación de la Junta Directiva.

### **Antecedentes:**

#### **De la Creación del CISSCAD**

El Consejo Centroamericano y República Dominicana de Instituciones de Seguridad Social (CISSCAD), es un organismo técnico, ejecutivo y especializado, creado a partir de la XII Cumbre de Presidentes de la Región (Ciudad de Panamá del 10 al 12 de diciembre de 1992), adscrito al Sistema de Integración Centroamericana (SICA), y que se encuentra integrado por las instituciones de seguridad social de la Región (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana)

#### **De los fines y objetivos del CISSCAD**

El Consejo tiene como fin lograr un efectivo apoyo y coordinación entre las instituciones de Seguridad Social de los países centroamericanos y República Dominicana, por medio de la comunicación, intercambio y aprovechamiento de las experiencias mutuas en el desempeño de sus funciones; así como desarrollar sus propias actividades establecidas en el Estatuto del Consejo.

En mayo 2009, este organismo planteó dentro de su Plan Estratégico a cinco años plazo, acciones relacionadas con respecto a temas como: adulto mayor, salud ocupacional, calidad asistencial, análisis actuarial de cartera y servicios y gestión de medicamentos.

En ese sentido, siendo que el CISSCAD tiene como finalidad lograr un efectivo apoyo y coordinación entre las instituciones de Seguridad Social, en pos del desarrollo en esta materia de los países centroamericanos y de República Dominicana, mediante las comunicaciones, intercambio y aprovechamiento de las experiencias mutuas en el desempeño de sus funciones; así como desarrollar sus propias actividades de conformidad con el mandato de su estatuto; es preciso ubicarlo en un contexto como un instrumento articulado de desarrollo social que procura promover en la Región, una mayor calidad de vida tanto en la actualidad como en la vejez, garantizándose el acceso universal a la salud y a las prestaciones económicas.

Lo anterior conforme lo concebido en el artículo 3 Estatuto del CISSCAD que indica:

Artículo 3: El Consejo debe cumplir las siguientes funciones:

- a. Promover los proyectos y las acciones tendientes a lograr la extensión de los beneficios de la Seguridad Social, a todos los habitantes de los países del istmo centroamericano y de la República Dominicana, sin distinciones de carácter racial, religioso, político, económico-social; de acuerdo con los programas nacionales de desarrollo económico-social.



- b. Coordinar las acciones de las instituciones de Seguridad Social con los procesos centroamericanos y dominicanos de desarrollo económico y social, para fortalecer el acercamiento y la integración.
- c. Promover y organizar el establecimiento de programas de intercambio de experiencias, en materia de prestaciones sociales y su administración, y contribuir con acciones que procuren su equiparación progresiva en busca de un desarrollo homogéneo de la Seguridad Social en la región.
- d. Establecer mecanismos y crear las condiciones necesarias para el intercambio de experiencias, la cooperación técnica y científica y la complementariedad entre las instituciones de salud de Centroamérica y República Dominicana.
- e. Contribuir al desarrollo conceptual, organizacional y tecnológico de la Seguridad Social y al fortalecimiento de la capacidad general, así como de las relaciones entre las instituciones de Seguridad Social del istmo y República Dominicana.
- f. Coadyuvar en la formación, actualización y perfeccionamiento de los recursos humanos de las instituciones de Seguridad Social, y promover la coordinación entre los centros de formación de dichos recursos, establecidos en los países del istmo centroamericano y República Dominicana.
- g. Actuar como órgano permanente de comunicación y coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana.
- h. Propiciar y coordinar el trabajo conjunto de las instituciones centroamericanas y de República Dominicana de Seguridad Social, en su participación en los foros internacionales y con los organismos de cooperación técnica en todas las áreas de Seguridad Social.
- i. Propiciar el otorgamiento recíproco de prestaciones sociales y servir de ente coordinador de dichas actividades.
- j. Desarrollar proyectos de interés común en Centroamérica y República Dominicana, o al menos entre dos países.

### **De la organización del CISSCAD**

Con respecto a la organización de este Consejo, el artículo 12 y 15, dispone una Presidencia y una Secretaría Técnica:

Artículo 12: Le corresponde a la Presidencia del CISSCAD,

- a. Representar al CISSCAD.
- b. Presidir la Asamblea, en las sesiones ordinarias y extraordinarias, para lo cual no tendrá voto de calidad.
- c. Suscribir aquellos convenios que autorice la Asamblea.
- d. Convocar a las sesiones ordinarias y extraordinarias que se celebren.
- e. Velar porque se cumplan las resoluciones de la Asamblea.
- f. Los gastos de funcionamiento de la Presidencia serán responsabilidad de la Institución de Seguridad Social que la ejerza.

Los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica serán a cargo de la institución de Seguridad Social que ejerza la Presidencia del Consejo.

En el artículo 15 se le asignan al titular de la Secretaría Técnica las siguientes funciones:

- a. Actuar como Secretario de la Asamblea con voz, pero sin voto.
- b. Ejecutar las acciones que le sean encomendadas por la Asamblea o la Presidencia del Consejo.
- c. Coordinar las actividades de las Secretarías Técnicas Adjuntas.
- d. Elaborar los anteproyectos del programa de actividades y del presupuesto del Consejo.
- e. Elaborar el informe anual de labores del CISSCAD.

Adicionalmente, el artículo 23 del Estatuto señala las obligaciones de los miembros que conforman el CISSCAD:

- a) Asistir a las Asambleas Ordinarias y Extraordinarias.
- b) Brindar la cooperación necesaria a la Presidencia del Consejo, con el fin de que esta pueda cumplir el programa de trabajo aprobado por la Asamblea.
- c) Dar el apoyo económico y logístico necesario a fin de que pueda ejercer sus funciones la Secretaria Técnica.
- d) Nombrar a los representantes que participaran en los Consejos Técnicos Permanentes, así como en las Especiales que se acordare crear.
- e) Cumplir las resoluciones que adopte el Consejo en sus Asambleas Ordinarias y Extraordinarias.
- f) Pronunciarse respecto de las solicitudes de afiliación de nuevos países o Instituciones de Seguridad Social de su país.
- g) Ejercer el cargo de Presidente del Consejo cuando le corresponda.
- h) Declinar el cargo de Presidente del Consejo cuando no pueda ejercerlo.
- i) Suministrar la información necesaria a la Secretaria Técnica, con el fin de que esta pueda cumplir sus objetivos de trabajo impuestos por las Asambleas.
- j) Cumplir con las obligaciones de contribución económica al Consejo, para financiar los programas que se aprueben; siempre y cuando los mismos hayan sido aprobados de acuerdo a lo establecido en el presente Estatuto.
- k) Cualquier otra que apruebe la Asamblea para el mejor cumplimiento de sus objetivos.

### **De los fondos del CISSCAD**

Como organismo de la Región, el CISSAD tiene su propio fondo. Al respecto el artículo 24 del Estatuto dispone:

Artículo 24. El CISSCAD tendrá su propio patrimonio. Sus recursos provendrán de las cuotas que aporten sus miembros, así como de otras fuentes de ingreso que provengan de contribuciones de organismos, empresas o instituciones internacionales o nacionales, de las donaciones e intereses bancarios. Estos recursos deberán destinarse exclusivamente a cumplir con los objetivos y finalidades del CISSCAD.

Según información enviada por la actual Secretaría Técnica de CISSCAD, en Belice, el balance de la cuenta a octubre de 2013 es de \$246.929.27

A su vez, el Estatuto refiere:

Artículo 25. La administración de los fondos del CISSCAD corresponderá a la Institución que ostente la Presidencia.

En acoplo, el Reglamento del Estatuto establece al respecto:

Artículo 36. La administración de los fondos del CISSCAD corresponderá a la Institución que ostente la Presidencia. Para tal propósito deberá abrirse una cuenta especial a nombre del CISSCAD, en un banco debidamente autorizado, la cual estará sometida a los controles contables y de auditoría de dicha Institución.

La Presidencia deberá presentar un presupuesto anual de gastos y establecer los sistemas de contabilidad e información financiera necesarios.

Si bien dentro de la elaboración del presupuesto anual de gastos 2014-2015, se deben incluir los montos correspondientes a los egresos para la próxima celebración de la XXXV Asamblea Ordinaria, los recursos no podrán ser ejecutados hasta tanto se disponga de los mismos y la Caja Costarricense de Seguro Social haya asumido la Presidencia Pro Témpore, siendo relevante que la Institución, como próxima Presidencia Pro Témpore, realice las previsiones del caso para la celebración de la Asamblea Ordinaria a realizarse del 07 al 09 de abril 2014.

#### **Dictamen Técnico:**

Costa Rica está representada en el CISSCAD por el Presidente Ejecutivo en ejercicio de la institución de Seguridad Social.

Conforme lo dispuesto, de forma rotatoria le podrá corresponder a alguno de los representantes, asumir la Presidencia de la Asamblea por período de dos años.

Durante la anterior Asamblea Ordinaria del CISSCAD XXXIV, llevada a cabo en Belice los días 13,14 y 15 de marzo de 2013, según el resumen ejecutivo de la Asamblea, en el punto No. 6 del tercer día de sesión se dispuso: *“Clausura: la Presidencia Pro Témpore propuso conforme al Estatuto del CISSCAD para el nuevo período, que sea Costa Rica el país que ocupe la Presidencia, en sustitución de Belice, que cumplirá al cierre del año 2013 su período previsto...”*

Al asumir Costa Rica la Presidencia Pro-Tempore 2014-2015, le corresponde también designar la Secretaría Técnica, que se constituye en órgano de apoyo técnico-administrativo de la Asamblea y de la Presidencia.

En el artículo 14 del Estatuto del CISSCAD, se indica: *“...la Secretaría Técnica estará a cargo de un funcionario designado por la Presidencia del Consejo, por un período de hasta dos años, que debe coincidir con el de la Presidencia ...”*.

La Presidencia Ejecutiva en oficio P.E. 1423-14, de fecha 30 de enero de 2014, nombró al suscrito como Secretario Técnico del CISSCAD, para el período 2014-2015.

Consecuentemente, habiéndose acogido la propuesta presentada de los representantes de la Región, se considera propicio realizar una serie de ajustes y actividades de cara a que la

Institución asuma esta representación tan importante, planteando para tales efectos la siguiente propuesta.

**Dictamen Legal:**

Mediante oficio DP-0118-2014, la Dirección de Presupuesto eleva consulta a la Dirección Jurídica en torno a la naturaleza y uso de los fondos del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD)

Por su parte, la Dirección Jurídica en su oficio No. DJ-01054-2014, emite su criterio al respecto y concluye en lo que interesa:

“En este orden de ideas, los recursos del CISSCAD no forman parte de los recursos de la institución, siendo que tal y como lo advierte el artículo 36 de su Reglamento, “(...) la administración de los fondos del CISSCAD corresponderá a la Institución que ostente la Presidencia. Para tal propósito deberá abrirse una cuenta especial a nombre del CISSCAD, en un banco debidamente autorizado, la cual estará sometida a los controles contables y de auditoría de dicha institución. (...)”. Con lo anterior, se verifica que los recursos deben manejarse independientemente de los recursos de la CCSS, y además que por solo el hecho de ser Presidente del CISSCAD, se está facultado para realizar las diligencias necesarias para tal efecto. Así mismo se verifica, que estos recursos están sujetos a la fiscalización y a los controles contables de la CCSS.

Por último, teniendo claro que estos recursos no forman parte del presupuesto de la CCSS, tampoco puede aplicársele la normativa de contratación administrativa al Fondo del CISSCAD y en principio tampoco le aplicaría los lineamientos presupuestarios de la Contraloría General de la República”.

**De la Propuesta para llevar a cabo la XXXV Asamblea Ordinaria del CISSCAD:**

1. Someter a conocimiento y aval de la Junta Directiva de la CCSS, la realización de las actividades relacionadas con la celebración de la XXXV Asamblea Ordinaria del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y de la República Dominicana (CISSCAD) y traspaso de la Presidencia Pro Témpore de Belice a Costa Rica, a celebrarse los días 07, 08 y 09 de abril de 2014, la cual se detalla seguidamente:

<b>Objetivo de la actividad:</b>	Traspaso de la Presidencia Pro Témpore de Belice a Costa Rica durante la XXXV Asamblea Ordinaria del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD).
<b>Fechas:</b>	07, 08 y 09 de abril de 2014.

<b>Actividades</b>	<b>Fecha</b>	<b>Detalle</b>
Evento de bienvenida a delegaciones de países miembros y expositores invitados	07 de abril  7 pm a 9 pm	Se contará con la participación de:  Miembros del CISSCAD. Representante de OPS/OMS en Costa Rica Ministerio de Salud Conferencistas Invitados Dr. Leonel A. Flores, Director CIESS, Dr. Julio Siede, Asesor en Protección Social y Seguridad Social en Salud, OPS Autoridades y representantes de la Institución
Sesión ordinaria Asamblea	08 de abril  8am a 11pm	Se cursó invitación para contar con la participación de la Señora Presidenta de la República, Doña Laura Chinchilla Miranda.  Se contará con la participación de:  Miembros del CISSCAD. Representante de OPS/OMS en Costa Rica Ministerio de Salud Conferencistas Invitados Dr. Leonel A. Flores, Director CIESS, Dr. Julio Siede, Asesor en Protección Social y Seguridad Social en Salud, OPS Autoridades y representantes de la Institución
Sesión ordinaria Asamblea	09 de abril  8 am a 1 pm	Se contará con la participación de:  Miembros del CISSCAD. Representante de OPS/OMS en Costa Rica Ministerio de Salud Conferencistas Invitados Dr. Leonel A. Flores, Director CIESS, Dr. Julio Siede, Asesor en Protección Social y Seguridad Social en Salud, OPS Autoridades y representantes de la Institución

**Adicionalmente se requiere contratar:**

1. Servicio de alimentación del 07 de abril al 09 de abril de 2014, para los miembros del CISSCAD, conferencistas invitados y equipo de apoyo logístico.
2. Servicio de traducción simultánea.

3. Hospedaje y alimentación por tres días del 07 al 09 de abril para los señores Dr. Leonel A. Flores, Director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) y el Dr. Julio Siede, Asesor en Protección Social y Seguridad Social en Salud, Organización Panamericana de la Salud, quienes vienen en calidad de conferencistas invitados.
4. Tiquetes aéreos rutas: México-San José-México, y Washington-San José-Washington, más los impuestos de salida de Costa Rica para cada expositor.
5. Carpetas tipo ejecutivo para miembros del CISSCAD y conferencistas invitados.
6. Impresión de carpetas, lapiceros, llave maya.
7. Obsequio para los miembros del CISSCAD y conferencistas invitados
8. Banner para colocar en el ingreso al salón y detrás de la mesa principal.
9. Banderines de los países miembros de CISSCAD y banderas de la CCSS.

De igual manera, durante la ejecución de las actividades relacionadas con la Secretaría Técnica de la Presidencia Pro-Tempore 2014-2015, se requiere autorizar a la Subárea de Cooperación Internacional del CENDEISS, para que utilice las partidas presupuestarias que se detallan seguidamente:

- 2114 Impresión, encuadernación y otros.
- 2131 Actividades de capacitación.
- 2132 Viáticos al exterior.
- 2133 Actividades, protocolarias y sociales.
- 2138 Tiquetes aéreos.
- 2199 Otros servicios no personales.
- 2206 Tintas, pinturas y diluyentes
- 2207 Textiles y vestuarios.
- 2210 Productos de papel y cartón.
- 2211 Impresos y otros.
- 2233 Otros útiles y materiales.
- 2261 Productos papel y cartón.

Es importante destacar que los fondos para hacer frente a estas erogaciones fueron contemplados dentro del PAO y presupuesto, elaborado por dicha Subárea.

Asimismo, con respecto a las erogaciones en que incurriría la Institución derivadas de la Asamblea Ordinaria XXXV del CISSCAD; el Manual de Procedimientos para el uso del Fondo CISSCAD, en el título Consideraciones especiales, punto No. 3, establece la condición del reembolso al país receptor:

“... 3. El reembolso al país receptor debe hacerse trimestralmente y estar basado en artículos previamente autorizados en el presupuesto. Los informes, incluyendo copias de todas las cotizaciones, facturas, registros de pago, deben acompañar la solicitud del reembolso.

La solicitud debe ser aprobada por el Presidente del Consejo antes de que el reembolso pueda hacerse efectivo ...”.

En ese sentido, una vez que se haga el traspaso de los Fondos del CISSCAD administrados como Presidencia Pro Tempore de Belice a la Presidencia Pro Tempore período 2014-2015 a Costa Rica, deberá **tramitarse el respectivo reintegro a la CCSS** de los gastos incurridos para la celebración de la Asamblea.

Finalmente, se estima oportuno prever que en el tanto no se afecte su objetivo, cualquier modificación que resulte necesaria para la ejecución de esta misión, sea la Gerencia Administrativa quien apruebe lo pertinente”,

Tomando en consideración que:

- 1) La Caja Costarricense de Seguro Social asumirá para el período 2014-2015 la Presidencia Pro Tempore del Consejo Centroamericano y República Dominicana de Instituciones de Seguridad Social, en adelante CISSCAD.
- 2) Costa Rica, a través de la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, es miembro activo de dicho Consejo, cuyos fines atañen a temas propios de la Seguridad Social de nuestro país y de la Región; se destacan para el período en ejercicio temas relacionados con población adulta mayor, salud ocupacional, calidad asistencial, análisis actuarial de cartera y servicios y gestión de medicamentos.

la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- a) Declarar de interés institucional las actividades relacionadas con la XXXV Asamblea Ordinaria del CISSCAD, durante la cual la Caja Costarricense de Seguro Social asumirá la Presidencia Pro Tempore del CISSCAD período 2014-2015.
- b) Instruir a las Gerencias de la Institución, para que brinden la colaboración y apoyo logístico requerido para la realización de esta actividad, y durante el ejercicio de la Presidencia Pro Tempore 2014-2015, a cargo de la Institución.
- c) Al estar esta actividad y lo atinente al CISSCAD relacionado de manera intrínseca con el abordaje país-región en temas propios de la Seguridad Social y haberse contemplado su desarrollo dentro del PAO (Plan anual operativo) y Presupuesto formulado por la Subárea de Cooperación Internacional adscrita al CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), aprobar la utilización de los recursos contemplados en la propuesta de la actividad por realizarse, así como el presupuesto sugerido, según los términos contenidos en el oficio número GA-19062-14, remitido por la Presidencia Ejecutiva en la nota número P.E.1698-14, de fecha 5 de marzo del presente año. Ello, tomando en consideración que serán reembolsados a la Caja Costarricense de Seguro Social, una vez que la institución asuma la Presidencia Pro Tempore del CISSCAD.
- d) Lo anterior, con la salvedad de aquellos recursos que corresponden a actos exclusivos de la Caja al asumir la Presidencia Pro Tempore y que no se encuentran contemplados dentro de la agenda de la Asamblea Ordinaria XXXV CISSCAD.

- e) Autorizar a la administración para que durante el período 2014-2015, la Subárea de Cooperación Internacional, adscrita al CENDEISS, utilice las siguientes partidas presupuestarias: 2114 Impresión, encuadernación y otros, 2131 Actividades de capacitación, 2132 Viáticos al exterior, 2133 Actividades, protocolarias y sociales, 2138 Tiquetes aéreos, 2199 Otros servicios no personales, 2206 Tintas, pinturas y diluyentes, 2207 Textiles y vestuarios, 2210 Productos de papel y cartón, 2211 Impresos y otros, 2233 Otros útiles y materiales y 2261 Productos papel y cartón.

En ese sentido, dicha instancia deberá rendir informes semestrales sobre el uso de tales partidas.

Esta resolución se adopta al amparo de lo establecido en el Estatuto del Consejo Centroamericano y República Dominicana de Instituciones de Seguridad Social (CISSCAD), Constitución Política, artículo 74; Ley General de Administración Pública, artículos 1° y 11; Ley General de Control Interno artículos 1°, 8°, 9° y 13°; Ley de Contratación Administrativa, artículos 1° y 136 del Reglamento a esta Ley, así como el criterio jurídico DJ-01054-2014, de fecha 13 de febrero del año 2014, de la Dirección Jurídica.

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

El licenciado Campos Montes y Carballo Rosabal se retiran del salón de sesiones.

## **ARTICULO 25°**

La señora Presidenta Ejecutiva presenta el oficio del 28 de febrero del año 2014, número PFISS-019-2014, que firma el licenciado Luis Fernando Campos Montes, Director del Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud, que a la letra se lee de este modo:

“Durante la sesión de Junta Directiva presidida por su persona el día 25 de noviembre 2013, habiéndose acogido la propuesta contenida en oficio GA-28869-13, sobre la integración del conjunto de componentes o proyectos<sup>2</sup> relacionados con la prestación de servicios de salud, administración y gobierno, gestión financiera, gestión hospitalaria y modelo de redes integradas en servicios de salud, se dispone en el artículo 2° de la sesión 8681, acuerdo segundo:

“... con el propósito de continuar apoyando el proceso de transformación de la gestión de los servicios brindados por la Institución y procurando el diseño de una propuesta coherente y articulada de mediano y largo plazo, ACUERDA: integrar un equipo de trabajo para la elaboración del “Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud”, cuyo Director de programa será el Gerente Administrativo, licenciado Luis Fernando Campos Montes, acompañado de los directores técnicos en las áreas temáticas de Administración y Gobierno, Redes integradas de Servicios de Salud, Mejora Gestión Hospitalaria, Asignación de recursos y sostenibilidad económica.”

<sup>2</sup> Bajo la estructura de un Programa.



En ese sentido, en el acuerdo tercero se indica que durante el plazo de ejecución del Programa<sup>3</sup>, el Gerente Financiero asuma en calidad de recargo, las funciones propias del Gerente Administrativo.

Sobre el particular, siendo que una de las responsabilidades a mi cargo es informar sobre el desarrollo del programa, y tomando en consideración que el equipo bajo la dirección del suscrito ya se encuentra en una etapa de avance importante en la construcción del cronograma de actividades; muy respetuosamente solicito un espacio en la agenda de la Junta Directiva para exponer el progreso al respecto, estimando a su vez, asumir nuevamente la dirección y quehacer de la Gerencia Administrativa.

Lo anterior, por estimar sumamente relevante reincorporarme como Gerente Administrativo, a fin de atender con la debida antelación lo requerido para la sesión extraordinaria de Junta Directiva, en la cual se me convoca el próximo 19 de marzo, a rendir información con respecto a los siguientes temas:

- Informe de Gestión 2010-2014 (2013)
- Informe Seguimiento Acuerdos Junta Directiva
- Informe Seguimiento Informes de Auditoría
- Informe Seguimiento DFOEs
- Reestructuración

Finalmente, deseo agradecer la confianza y apoyo de las altas autoridades al haberme encomendado esta labor, así como al Gerente Financiero durante el tiempo en que asumió como recargo el Despacho Administrativo”,

y, por lo expuesto, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** que el licenciado Luis Fernando Campos Montes se reincorpore y asuma nuevamente la dirección y el quehacer de la Gerencia Administrativa, a partir del 7 de los corrientes.

En consecuencia, queda así modificado el Acuerdo tercero del artículo 2º de la sesión número 8681, celebrada el 25 de noviembre del año 2013.

Asimismo, queda entendido que el licenciado Campos Montes, tal y como se resolvió en el Acuerdo tercero, artículo 2º de la sesión número 8681, continuará a cargo de la Dirección del “Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud”.

Ingresa al salón de sesiones las licenciadas Ana Magaly Ureña Vargas y Sofía Emiliana Carvajal Chaverri, Asesoras de la Presidencia Ejecutiva.

El Director Meléndez González se disculpa y se retira temporalmente del salón de sesiones, dado que debe acudir a una cita médica.

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

---

<sup>3</sup> Hasta el 30 de marzo 2014.

**ARTICULO 26°**

Se presenta el oficio del 5 de marzo del año 2014, número PE.30.133-14, suscrito por la licenciada Ana Irma Sibaja Arias, Coordinadora de Asesores de la Presidencia Ejecutiva, por medio del que se presenta el informe respecto de: seguimiento acuerdos encargados a la Presidencia Ejecutiva, informes de Auditoría y DFOE (informes emitidos por la Contraloría General de la República).

La licenciada Ureña Vargas, con el apoyo de las siguientes láminas, presenta el informe relativo a los acuerdos de Junta Directiva, cuya atención se ha encargado a la Presidencia Ejecutiva:

- a) Presidencia Ejecutiva  
**INFORME ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA**  
 06 marzo 2014.
- b) Datos generales (gráficos).  
 En el mes de diciembre la Dirección de Planificación Institucional elaboró un informe general del estado de los acuerdos de Junta Directiva, en dicho informe se evidenció que del total de acuerdos pendientes de concluir, solamente un 6% correspondían a la Presidencia Ejecutiva. Voy a exponerles entonces el estado de esos acuerdos que se encuentran pendientes y que han sido delegados a la Presidencia para su cumplimiento.
- c) **ACUERDOS PENDIENTES VS ATENDIDOS**

<b>Año</b>	<b>Acuerdos pendientes</b>	<b>Atendidos</b>
<b>2011</b>	02	0
<b>2012</b>	16	9
<b>2013</b>	24	5
<b>2014</b>	4	0

La Presidencia tiene en la actualidad un total de 47 acuerdos pendientes de cumplir, de ellos 2 son del año 2011, 16 del 2012, 24 del 2013 y 4 del 2014.

- d) Acuerdos (gráfico).

En este gráfico se muestra la mayor cantidad de acuerdos pendientes son los generados en el 2013, que es lo esperable ya que es un año que recién concluye, en el cual de acuerdo con datos de la DPI, aumentó el acumulado de los acuerdos en el último trimestre es un 15%.

e) **ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA PENDIENTES POR AÑO DE SESION**

Año	Requieren aprobación	No requieren aprobación	Atendidos
2011	01	01	0
2012	14	02	9
2013	15	10	5
2014	03	01	0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

Los acuerdos de Junta Directiva se dividen en 2 grupos, los que requieren y los que no requieren aprobación por parte de la Junta, eso determina el trámite que se le da a cada uno para su conclusión.

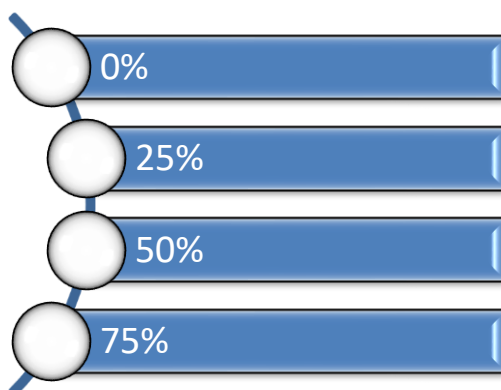
f) **ACUERDOS PENDIENTES QUE REQUIEREN APROBACION DE JUNTA DIRECTIVA (gráfico).**

De los acuerdos pendientes de concluir del año 2011, uno se refiere a un Dfoe “*Informe de Cuentas por Cobrar*, el último documento con lo requerido por la Contraloría se envió en agosto del año 2013 (siempre dentro de los plazos concedidos) y actualmente está en estudio para determinar con el equipo de seguimiento su conclusión. El otro caso del 2011 es un documento sobre los *hallazgos, conclusiones y recomendaciones de la Intervención de la Gerencia de Pensiones*, el documento ya está elaborado y se encuentra en revisión.

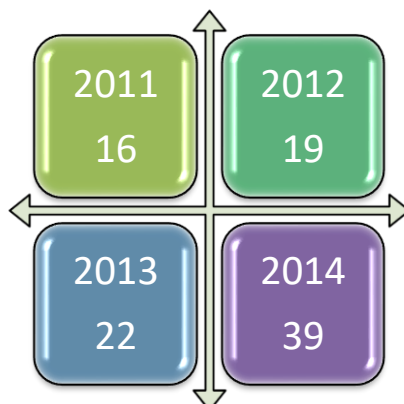
**Del año 2012, 9 concluidos por el Despacho, 1-75%, 3-50% y 3-25%**

**Del año 2013, 6 se encuentran atendidos, 8-25%, 2-50% y 5- 75%**

Dos temas importantes que se encuentran pendientes de este año es lo relativo a la recomendación 78 del equipo de especialistas sobre las contralorías de servicio y sobre las gestiones de cobro del rubro de vacunas que le corresponde al Estado.

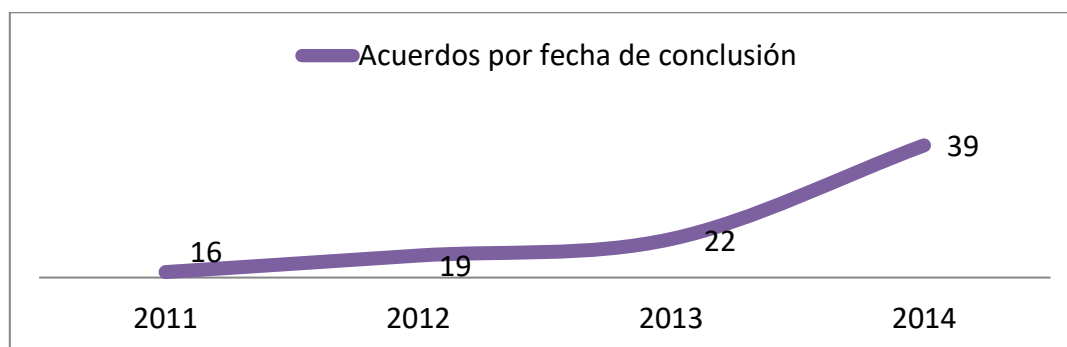
g) **AVANCE ACUERDOS PENDIENTES.**

h) **TOTAL DE ACUERDOS CONCLUIDOS ENTRE EL 2011 Y 2014 POR AÑO DE CONCLUSIÓN: 96.**



Los datos se refieren al año de conclusión del acuerdo, reflejan el incremento que han tenido los acuerdos.

i) **ACUERDOS POR AÑO DE CONCLUSION.**



j) **ACUERDOS CONCLUIDOS POR AÑO DE APROBACION.**

Año	Acuerdos Concluidos
2011	38
2012	28
2013	29
2014	0
<b>Total</b>	<b>96</b>

Del total de los acuerdos concluidos de acuerdo con la fecha de aprobación se puede ver como la mayor parte de los concluidos (un 40%) corresponde al año 2011, lo que evidencia el trabajo de la Presidencia de dar seguimiento y dirigido a concluir los acuerdos más antiguos. La Presidencia Ejecutiva no tiene acuerdos pendientes del año 2010.

Seguidamente, la licenciada Carvajal Chaverri se refiere al seguimiento de informes de Auditoría, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

I) Seguimiento de Informes de Auditoría  
Presidencia Ejecutiva.

II) Seguimiento de Informes de Auditoría.

2010: 27 informes (condición pendiente).  
2012: 63 informes.  
2013: 100 informes.  
2014: 76 informes.

III) Asuntos relevantes.

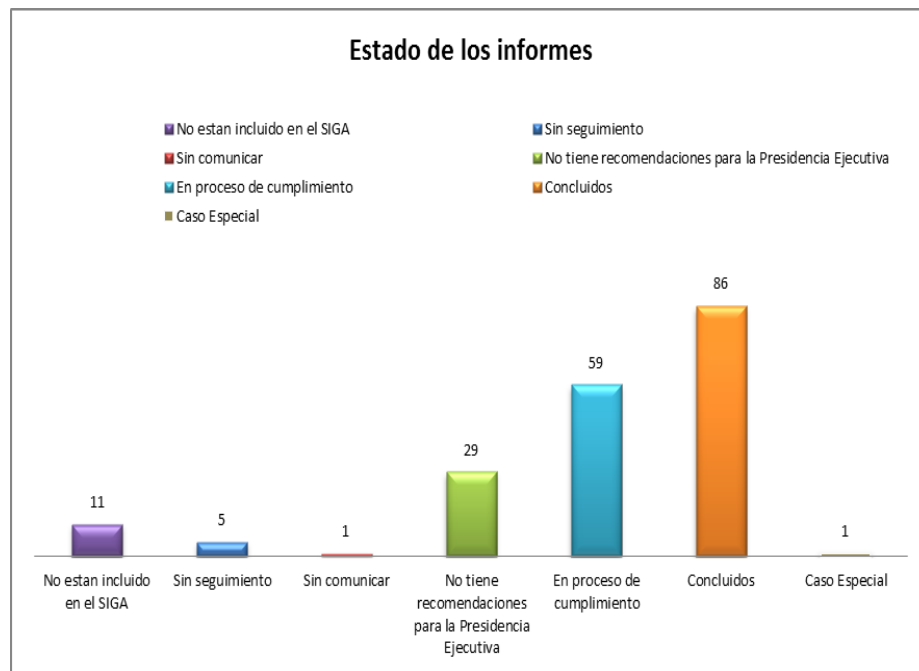
- Salud (ASS, AAAM).
- Financiera (ASF, AFC).
- Tecnología (ATIC, AI).
- Operativa (AGO, AO, AIN).
- Local (AGL).
- Administración, Abastecimiento, Infraestructura (ASA AI, AIN, OAA).
- Hospitales y Clínicas (AHC).

IV) Actuación Auditoría Interna  
en el período

- ✓ El dinamismo generado en la gestión de la Auditoría Interna provocó que se reactivaran algunos asuntos fenecidos, lo cual generó un manejo de 192 expedientes entre finales del 2013 e inicios del 2014.

V) Total expedientes por año (gráfico).

VI)



VII) Promedio (gráfico).

VIII) Interpretación.

- ✓ 116 informes:
  - están concluidos,
  - no tienen relación con P.E.

IX) Interpretación.

X) 76 activos

a. Reuniones\*

- i. 10 por cerrar
- ii. 2 inaplicables
- iii. 2 falta interés actual

\*En este momento se están realizando las sesiones de trabajo.

XI) Áreas activas (76) –gráfico-.

La doctora Balmaceda Arias destaca la cantidad de informes de Auditoría que se generaron en este período, pero además la cantidad que se han cerrado. Indica que han desarrollado una actividad conjunta con la Auditoría para cerrar informes que ya han perdido interés actual,

además de algunos que se han fusionado por tratar de asuntos conexos, lo que ha permitido ir mejorando su seguimiento.

El licenciado Hernández Castañeda hace constar el reconocimiento de la Auditoría a las Gerencias, pero sobre todo a la Presidencia Ejecutiva, por su disposición para colaborar en esta labor tan importante, porque son recomendaciones que deben ponerse en práctica para hacer mucho más eficiente la gestión.

**Finalmente, se dan por recibidos** los citados informes.

Las licenciadas Ureña Vargas y Carvajal Chaverri se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el doctor Róger Ballesterero Harley, Director; la ingeniera Susan Peraza Solano, el ingeniero Jorge Quesada Rodríguez y la señorita Nathalie Fonseca Loáiciga, funcionarios de la Dirección de Planificación.

### **ARTICULO 27°**

Se tiene a la vista el oficio fechado 24 de febrero del año 2013, número DPI-082-14, firmado por el Director de Planificación Institucional, por medio del que se presenta *el informe técnico presentado por la Dirección de Planificación Institucional, sobre la atención de las recomendaciones del Equipo de Especialistas Nacionales* (se atiende lo solicitado en el artículo 16° de la sesión 8625, el artículo 4° de la sesión 8610 y el artículo 29° de la sesión 8692).

La presentación está a cargo del ingeniero Quesada Rodríguez, con base en las siguientes láminas:

I) Informe de Seguimiento  
Recomendaciones Equipo de Especialistas  
Dirección de Planificación Institucional  
Marzo 2014.

II) Seguimiento y control

• Emisión del Acuerdo de J.D.		Atención acuerdos	<i>Evaluación resultados</i>	Evaluación resultados
1	2 • Inducción a las Unidades	3	4	5

27meses transcurridos.

III) Estado actual.  
91 recomendaciones.  
En implementación.  
Concluidas (gráfico).

Para atender estas recomendaciones se instruyeron 63 Acuerdos:

- 13 que no requieren aprobación de JD.
- 50 que si requieren aprobación de JD.

- IV) Temas de Recomendaciones Concluidas (38) –gráfico-.
- V) Recomendaciones en Implementación (53) –gráfico-.  
Distribución por tema:
- |  |      |
|--|------|
| Ingresos   | 19%. |
| Gastos   | 40%. |
| Gestión Institucional y Calidad de los Servicios | 41%. |
- VI) Recomendaciones en Implementación (53)  
Distribución por responsables (gráfico).
- VII) Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones.
- VIII) Seguimiento a la implementación de las Recomendaciones
- |   |      |
|---|------|
| Seguimiento agenda estratégica:         | 45%. |
| Seguimiento al acuerdo Junta Directiva: | 55%. |
- IX) Seguimiento a la implementación (representación gráfica).
- X) Acciones Recomendativas  
Priorización de Temas.
- XI) Seguimiento Agenda Estratégica.  
**General.**
- Planes Tácticos.
  - Específico.**
  - Informes de Avance.
    - % Avance Cronograma.
    - % Ejecución Presupuesto.
    - Principales logros.
    - Desviaciones y cambios.
    - Riesgos identificados.
    - Acciones de mitigación.
    - Acciones de mejora.
    - Prioridades de atención.
- XII) Priorización de recomendaciones.

R9, R10, R11, R14, R15, R16. Avance Plan de Fortalecimiento Gestión de Inspección.  
R23, 24. Actualización del “Reglamento Único de Disponibilidades Médicas”.



R28, R56. Presentación de avance del Proceso de Reestructuración.  
 R36, R37. Avance en propuesta de simplificación de pluses salariales.  
 R38A. Proceso de negociación tope de Cesantía.  
 R39, R40, R41, R44, R46. Avance Plan de Fortalecimiento Cadena de Abastecimiento.

XIII) Priorización de recomendaciones.

**R52.** Presentación de la Política Integrada de Contratación por Terceros.  
**R68, 73, 74, 75, 80, 81** Avance implementación Plan de Fortalecimiento de la Gerencia Médica.  
**R69.** Avance implementación EDUS.  
**R70.** Sistema Financiero Contable.  
**R79.** Política Integral de Riesgos Excluidos y coberturas Especiales y Propuesta de Reglamento.

XIV) Propuesta de acuerdo:

- ▶ Conocido el informe técnico presentado por la Dirección de Planificación Institucional, sobre la atención de las recomendaciones del Equipo de Especialistas Nacionales, esta Junta Directiva ACUERDA:
  - ▶ Dar por atendido lo solicitado en el artículo 16° de la sesión 8625, el artículo 4° de la sesión 8610 y el artículo 29° de la sesión 8692, relacionados con el seguimiento de las recomendaciones y los proyectos de la agenda estratégica respectivamente.
  - ▶ Instruir a las Gerencias para que con la mayor celeridad, enfoquen sus esfuerzos en la atención de los acuerdos relacionados con las Recomendaciones priorizadas en este informe, de modo que a más tardar al 15 de abril de este año la Junta Directiva conozca un avance de las acciones que se realizan para su implementación.

XV) Propuesta de acuerdo:

- ▶ Instruir a las Gerencias para que conforme a los requerimientos establecidos por la Dirección de Planificación Institucional, procedan a completar semestralmente la “Plantilla de Informe de Avance de Proyectos de la Agenda Estratégica”, lo anterior como insumo al proceso de evaluación de los planes tácticos gerenciales.
- ▶ Instruir a la Dirección de Planificación Institucional, para que a más tardar el 30 de abril del año en curso, presente un informe con el estado de atención de las recomendaciones, que sirva como insumo al Informe de cierre de gestión de esta Junta Directiva.

La Directora Solera Picado manifiesta que la R70 está relacionada con un tema que se vio hoy y que se dejó pendiente y es importante saber en qué condición está su seguimiento. Además, es importante hacer notar que, cuando se conoció el Informe de los Notables, algunas Recomendaciones tenían vinculación con acuerdos de Junta Directiva que salieron antes de ese informe, principalmente en lo que respecta a remuneraciones, la apertura de segundos y terceros

turnos y la consulta vespertina por parte de la Gerencia Médica, el reglamento único de disponibilidad, remuneraciones, incapacidades. Desconoce si se irán a ver por separado, como informe de la Gerencia, o como específicamente de las Recomendaciones, sin embargo, por el impacto que tienen deberían venir aquí como un informe especial. En reunión que tuvo con la Presidenta Ejecutiva señaló que es necesario que la Junta deje cerrados, hasta donde se pueda, ciertos casos; por ejemplo, la R21 principalmente, porque desde octubre de 2010 fue reiterativo que la Junta pidió estudios sobre creación de plazas versus tiempos extraordinarios; para rebajar los gastos de tiempos extraordinarios, pidió la apertura de segundos turnos, informes sobre el reglamento único de disponibilidad; considera que corresponden a un proceso que en determinado momento se cortó y no sabe qué ha pasado, podría ser que estén en una parte más avanzada de lo que se conoció en mayo. Cree que es conveniente, incluso para cerrar la gestión de la presente Directiva, que se presente un avance de cómo van a quedar estas R, que son prioritarias porque están vinculadas con acuerdos de Junta específicos y además son necesidades de la Institución y de la población.

El Director Gutiérrez Jiménez considera que siguen existiendo obstáculos a nivel de las unidades a las que se les solicitan informes, que atrasan los procesos; no dice que intencionalmente, sino porque no entienden que es una prioridad, que tiene una importancia muy relevante para poder reorientar algunas de las políticas y de las acciones que se deben llevar a cabo. Por tanto, reitera nuevamente que la Administración debe entender y mandar las instrucciones que correspondan para que esto sea una prioridad y saldar aquellas R que la institución considere pertinentes; y saldar es implementar y modificar lo que haya que hacer.

La doctora Balmaceda Arias considera que si hay progresos importantes en las R y lo que se está pidiendo es que cada seis meses se presente un avance. Es importante darle a las R un tratamiento especial y se puede influir específicamente sobre ellas para que haya un informe antes de cerrar la presente Administración.

**Finalmente**, se tiene a la vista el oficio fechado 24 de febrero del año 2013, número DPI-082-14, firmado por el Director de Planificación Institucional, y -a la vez- conocido el informe técnico presentado por la Dirección de Planificación Institucional sobre la atención de las recomendaciones del Equipo de Especialistas Nacionales, la Junta Directiva –por unanimidad-  
**ACUERDA:**

- I) Dar por atendido lo solicitado en: artículo 16° de la sesión número 8625, artículo 4° de la sesión número 8610 y artículo 29° de la sesión número 8692, relacionados con el seguimiento de las recomendaciones y los proyectos de la agenda estratégica, respectivamente.
- II) Instruir a las Gerencias para que, con la mayor celeridad y prioridad, enfoquen sus esfuerzos en la atención de los acuerdos relacionados con las Recomendaciones priorizadas en este informe, de modo que a más tardar al 15 de abril de este año la Junta Directiva conozca un avance de las acciones que se realizan para su implementación.
- III) Instruir a las Gerencias para que, conforme a los requerimientos establecidos por la Dirección de Planificación Institucional, procedan a completar semestralmente la “Plantilla de Informe de Avance de Proyectos de la Agenda Estratégica”. Lo anterior, como insumo al proceso de evaluación de los planes tácticos gerenciales.

- IV) Instruir a la Dirección de Planificación Institucional para que, a más tardar el 30 de abril del año en curso, presente un informe con el estado de atención de las recomendaciones, que sirva como insumo al Informe de cierre de gestión de esta Junta Directiva.

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

### **ARTICULO 28°**

El doctor Ballesteros Harley manifiesta que a continuación se presentará el informe de atención de las disposiciones de la Contraloría General de la República.

La presentación está a cargo del ingeniero Quesada Rodríguez, con base en las siguientes láminas:

- 1) Informe de Atención de Disposiciones  
Contraloría General de la República  
Dirección de Planificación Institucional  
Marzo 2014.
- 2) Seguimiento Disposiciones CGR (gráfico).
- 3) Seguimiento Disposiciones CGR  
Desglose disposiciones en proceso por Responsable

Responsable	Disposiciones
Gerencia Médica	12
Gerencia Financiera	8
Gerencia Administrativa	6
Gerencia Infraestructura y Tecnologías	3
Gerencia Médica/Gerencia Administrativa	3
Dirección de Planificación	3
Gerencia Logística	2
Gerencia Pensiones	1
Gerencia de Infraestructura y Tecnologías/Gerencia Administrativa	1
Dirección de Planificación/Gerencia Administrativa	1

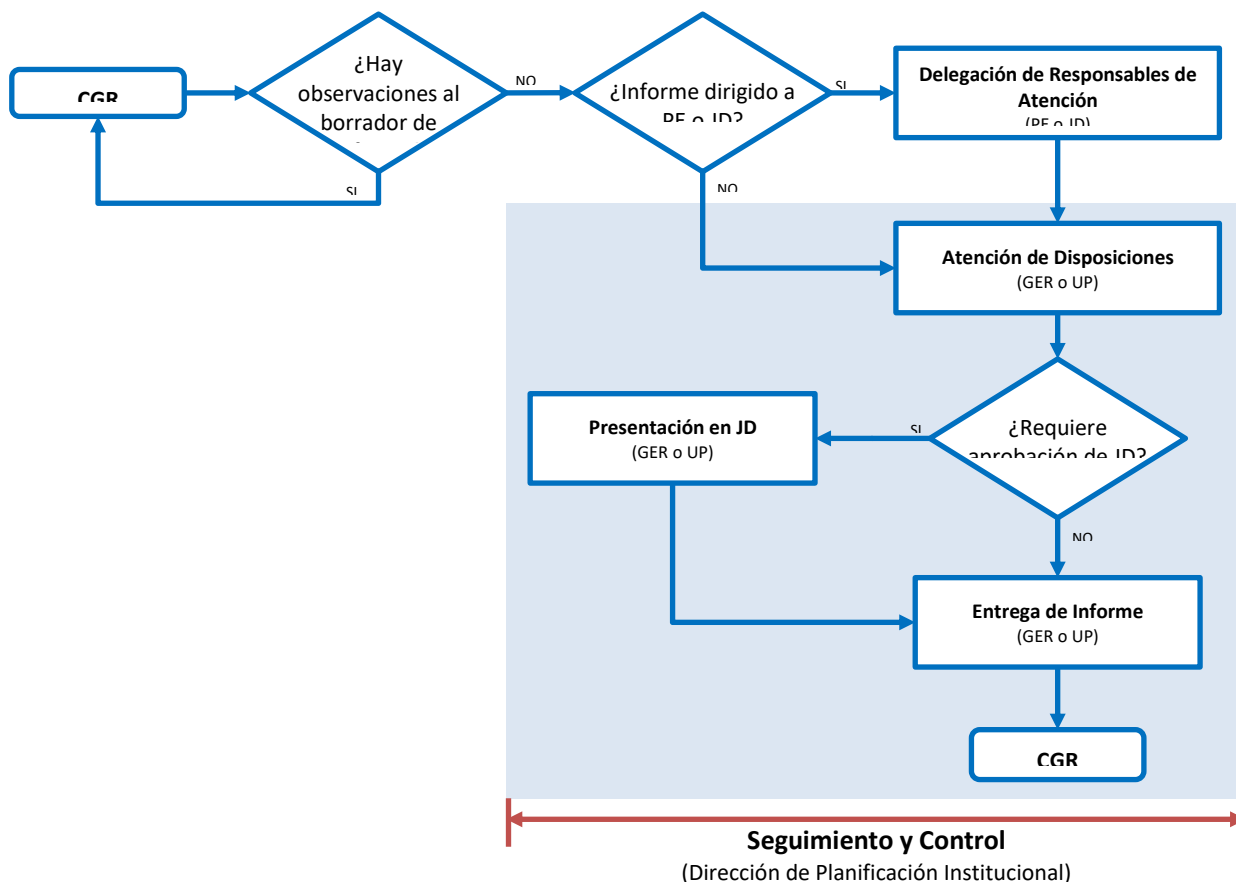
**Disposiciones 40.**

4) Seguimiento Disposiciones CGR  
 Desglose disposiciones en proceso dirigidas a Junta Directiva

Tema informe	Disposición	Estado	Delegado en:
Resultados del estudio efectuado en la CCSS en relación con el proceso de <b>asignación y distribución de recursos</b> del seguro de salud. (DFOE-SOC-IF-15-2011)	a)	Espera respuesta de CGR	Dirección de Planificación
Informe sobre los resultados del estudio efectuado en la CCSS relacionado con la administración de los <b>recursos financieros del régimen de invalidez vejez y muerte</b> por parte de la gerencia de pensiones de la institución. (DFOE-EC-IF-04-2012)	e)	Espera respuesta de CGR	Gerencia Pensiones
Informe sobre la ejecución del proyecto <b>expediente digital único en salud</b> de la CCSS. (DFOE-SOC-IF-08-2013)	4.3	Espera respuesta de CGR (1)	Gerencia Infraestructura y Tecnologías

(1) Remitir informe avances al 30 abril y al 31 octubre 2014.

5) Guía institucional.  
 Gestión de disposiciones de la Contraloría General de la República



- Proceso.
- Actores.
- Responsabilidades.
- Instrucciones..
- Plazos de revisión y entregas.

6) Propuesta de acuerdo.

Conocida la presentación realizada por la Dirección de Planificación sobre el Estado de Atención de las Disposiciones de la Contraloría General de la República, esta Junta Directiva-  
**ACUERDA:**

- I. Instruir a las Gerencias y Dependencias para que prioricen la atención de las disposiciones en proceso de la Contraloría General de la República, de modo que se entreguen los productos solicitados por el ente contralor según los plazos otorgados.
- II. Solicitar a la Dirección de Planificación Institucional que presente un informe del estado de atención de las Disposiciones de la Contraloría General de la República, que sirva como insumo para el informe de cierre de gestión de esta Junta Directiva.

Solicita la señora Presidenta Ejecutiva que, para la actualización global y para cerrar el informe de seguimiento y control de acuerdos de Junta Directiva, correspondientes al segundo semestre de 2013 y lo que corresponde al año en curso, se otorgue a la Administración un plazo hasta finales del mes de marzo.

**Finalmente**, conocida la presentación realizada por la Dirección de Planificación sobre el Estado de Atención de las Disposiciones de la Contraloría General de la República, la Junta Directiva – unánimemente- **ACUERDA:**

- I) Instruir a las Gerencias y demás dependencias para que prioricen la atención de las disposiciones, en proceso, de la Contraloría General de la República, de modo que se entreguen los productos solicitados por el Ente contralor, según los plazos otorgados.
- II) Solicitar a la Dirección de Planificación Institucional que presente un informe del estado de atención de las disposiciones de la Contraloría General de la República, que sirva como insumo para el informe de cierre de gestión de esta Junta Directiva

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

**Por otro lado**, en lo que concierne al *Informe de seguimiento y control de acuerdos de Junta Directiva, segundo semestre del año 2013*, **se toma nota** de lo planteado por la señora Presidenta Ejecutiva, con lo cual concuerdan los señores Directores –y así se procederá-, en el sentido de que las Gerencias están trabajando en la actualización pues el último corte se hizo al segundo semestre del año 2013 y se está trabajando, también, en lo que corresponde al año en curso, de manera que sugiere que el asunto sea tratado, una vez que las Gerencias concluyan la preparación del informe.

El ingeniero Quesada Rodríguez y la señorita Fonseca Loáiciga se retiran del salón de sesiones.

**ARTICULO 29°**

El doctor Ballesterero Harley se refiere a la Propuesta del Sistema de planificación institucional y su organización, con base en las siguientes láminas:

- I) Caja Costarricense de Seguro Social  
 Presidencia Ejecutiva  
 DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL  
 PROPUESTA DEL SISTEMA DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y SU ORGANIZACIÓN  
 Marzo 2014.
  
- II) Contenido general
  - 1) Marco de Referencia.
  - 2) Sistema de Planificación.
  - 3) Modelo de Organización DPI
  
- III) Dirección de Planificación Institucional.
  - Rectora de los procesos.
    - Direccionamiento Estratégico.
    - Planificación.
    - Integración del Portafolio de Proyectos.
    - Seguimiento y Evaluación.
  
- IV) Modelo utilizado para reorganizar la DPI.

Marco de referencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de Planificación Institucional</li> </ul>	Ciclo de la planificación	Modelo de organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión para Resultados</li> </ul>
---------------------	--	---------------------------	------------------------	---

¿Cuáles son los Procesos?

¿Cuál es la Estructura?

- V) Marco de referencia.
  - 1) Ley 8292 General de Control Interno.
    - Valoración del riesgo.
    - Vinculación con la planificación institucional y contribución al logro de los objetivos.
    - Planificación y gestión de los proyectos.
    - Procesos que permitan identificar y registrar información
    - Normas de control interno.

2) Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos.

- Sujeción al Plan Nacional de Desarrollo.
- Alineamiento del presupuesto con los objetivos y metas de la institución.
- Evaluación del presupuesto a fin de rendir cuentas según el logro de los objetivos, metas y resultados esperados.
- (Normas Técnicas sobre Presupuesto Público).

VI)

4) Marco de referencia.

Ley N° 5525 Nacional de Planificación.

Reglamento General del Sistema Nacional de Planificación.

- Dependencia a las autoridades superiores de la institución.
- Dirección de los procesos de planificación institucional.
- Velar por la formulación del Programa Inversiones Públicas y por el seguimiento y evaluación del portafolio.
- Seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos estratégicos.
- Alineamiento de los proyectos de cooperación internacional y búsqueda de convenios.
- Apoyar la realización de labores de control interno y valoración de riesgos institucional en concordancia con la planificación institucional.

VII) Organización de las Unidades de Planificación Institucional

- Tendrán su propia jefatura y estarán integradas por funcionarios **interdisciplinarios** con conocimientos conforme a sus funciones.
- **Integrarán equipos de trabajo especializados conforme sea necesario, de acuerdo con la complejidad de la organización institucional** y la diversidad de las competencias institucionales.
- *Reglamento General del Sistema Nacional de Planificación.*

VIII) Marco de referencia

<ul style="list-style-type: none"> <li>• DFOE-SOC-IF 79 Informe sobre el proceso de Planificación en la CCSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (...)Llevar a cabo una revisión del proceso de planeamiento estratégico... el diseño de objetivos estratégicos, las estrategias, las acciones estratégicas e indicadores(...)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículo 65° Sesión N° 8546, del 17 de noviembre de 2011</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “... trasladar sus competencias a la Dirección de Planificación Institucional para que asuma lo correspondiente a la planificación estratégica y la programación de inversiones.”</li> <li>• Seguimiento de los DFOES</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículo 22° Sesión N° 8623, del 14 de febrero de 2013</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traslado a la Dirección de Planificación Institucional, la función correspondiente al seguimiento de los acuerdos de Junta Directiva, atendiendo con ello la recomendación 61 del “Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterio Jurídico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “(...) corresponde a la Dirección de Planificación Institucional fiscalizar la correcta aplicación del Plan Estratégico Institucional (...)”</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Institucional de Dirección y Gestión en Portafolios, Programas y Proyectos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformación de la oficina Estratégica Institucional de gestión de Proyectos a cargo de velar por el cumplimiento de los proyectos estratégicos y de integración del Portafolio de Proyectos Institucional.</li> </ul>

## IX) Marco de Referencia

Transición Ciclo de planificación (representación gráfica).

## X) Contenido general

- 1) Marco de Referencia.
- 2) **Sistema de Planificación.**
- 3) Modelo de Organización DPI

## XI) Modelo del Sistema de Planificación Institucional

Sistema de planificación institucional.

Modelo de **operación e interacción** de los actores de la planificación, en el cual se **despliega la estrategia institucional en todos los niveles** de la organización de modo que se logren los resultados deseados.

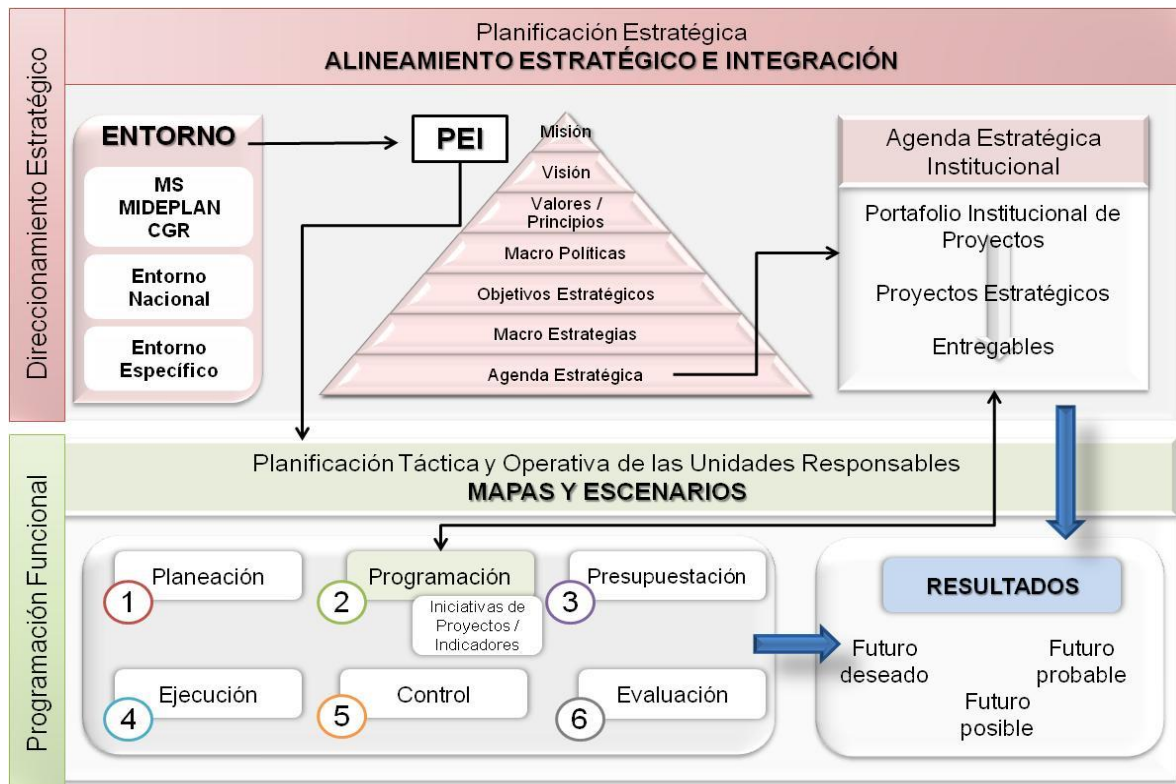
## XII) Ciclo de planificación.

## XIII) Proceso de planificación.

## XIV) Direccionamiento.

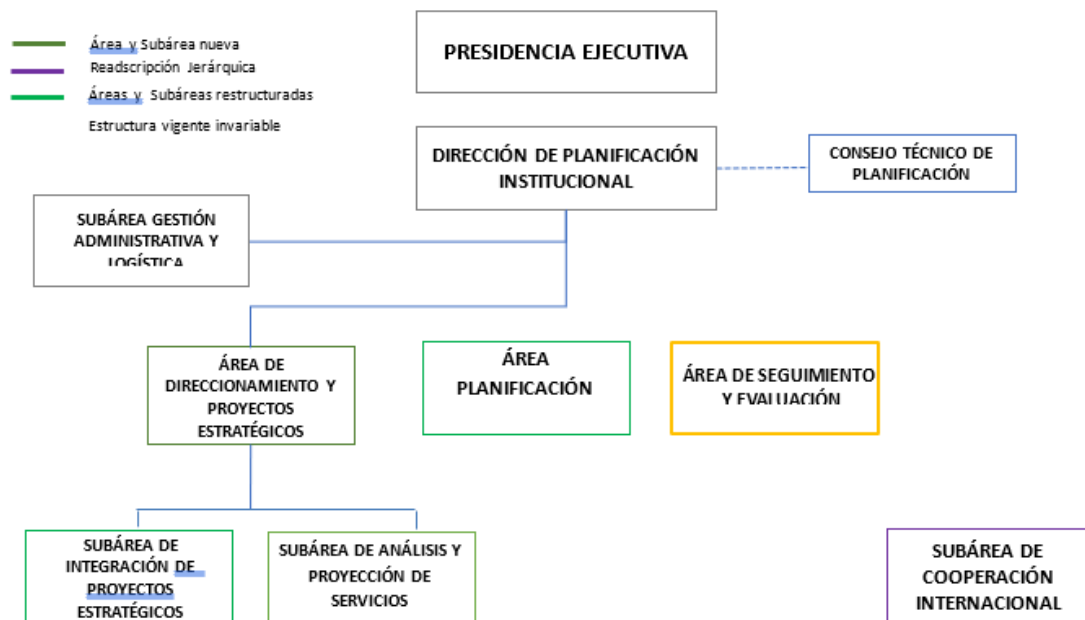


- XV) Integración de los ciclos del proceso.
- XVI) Sistema de Planificación Institucional- Enfoque de Red.
- XVII) Modelo de organización para el SPI.
- XVIII) Funciones y roles del Consejo Técnico de Planificación.
- XIX) Modelo del Sistema de Planificación Institucional.



- XX) Contenido general.
  - 1) Marco de Referencia.
  - 2) Sistema de Planificación.
  - 3) **Propuesta Modelo de Organización DPI.**
- XXI) Estructura Actual de la DPI.
- XXII) Planificación de servicios participantes.

XXIII) Escenario Propuesto  
Dirección de Planificación Institucional.



XXIV) Factores críticos de éxito.

- Compromiso de la Alta Dirección.
- Fortalecimiento del rol de Rector de la DPI.
- Implementación del Consejo Técnico de Planificación.
- Sistema de Información para resultados.
- Implementación de caja de herramientas de planificación.
- Desarrollo del Enfoque de Gestión para Resultados.
- Aprobación de la estructura propuesta y de los recursos para su implementación.

XXV) Propuesta de acuerdo:

- Conocido la propuesta técnica presentado por la Dirección de Planificación Institucional, sobre Sistema de Planificación Institucional y su organización, esta Junta Directiva ACUERDA:
  - Aprobar el Sistema de Planificación Institucional e instruir a las Gerencias para que utilicen dicho Sistema como referencia para en sus propuestas de reorganización.
  - Aprobar la organización propuesta para la Dirección de Planificación Institucional e instruir a la Dirección de Desarrollo Organizacional para que analice dicha propuesta y presente a esta Junta Directiva la propuesta final de organización de dicha Dirección.
  - Aprobar la readscripción jerárquica de la Sub-área de Cooperación Internacional a la Dirección de Planificación Institucional e instruir a la

Presidencia Ejecutiva para que en coordinación con la Gerencia Médica realice la Resolución Administrativa correspondiente.

Al Director Marín Carvajal le satisface el modelo presentado, que es sumamente ambicioso; señala que dentro de la Institución hay actores que son el vehículo para que se integren todos en los puntos temáticos de los objetivos centrales, lo que es sumamente valioso para influir en la eficiencia y la calidad de los medios de comunicación.

Agrega el doctor Ballestero Harley que, en la parte del Consejo Técnico, precisamente cada unidad tiene que dar información que actualmente está totalmente dispersa, de manera que tienen que estar en constante comunicación la parte de sistemas de información, actuarial, presupuesto; son áreas que tienen que trabajar muy de la mano para poder llegar a mejores resultados.

Anota el Director Fallas Camacho que tiene que existir un elemento fundamental, en que todos deben estar en la misma línea de acción y entendimiento, convencidos de que la planificación es importante y necesaria; que todos estén inmersos en esa cultura que es indispensable para lograr los objetivos que se proponen.

El doctor Ballestero Harley señala que precisamente todo esto da respuesta también al DFOE que propone modificar la forma de fijación de recursos. El enfoque de red no se puede ver bajo el mismo esquema, sino cambiando la forma de asignación de recursos y por tanto tiene que verse integralmente. La conformación del modelo de planificación, del punto 1 al 3, tiene que ver con el desempeño de la asesoría a las funciones sustantivas que asumen la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva y el staff que tiene que ver con la política y funciones institucionales. Hay una definición muy clara de prioridades en los servicios. Este marco orientador no es propiamente una cuestión operativa de una Gerencia, tiene que ser una visión muy clara de gobierno institucional, donde esa información tiene que subir y bajar para la toma de decisiones. Hay una visión muy clara de una Gerencia funcional (apartados 4 y 5) que tiene que tener muy buena definición en cuanto a la forma de sus intervenciones, cómo va a intervenir, cómo va a fortalecer programas y proyectos específicos, donde se pueda decir efectivamente qué resultados se pueden tener. En el punto 6 gráficamente hay una clara movilización y participación de todos los actores para determinar cuáles son los recursos, donde la infraestructura tiene que tener claro qué se requiere en materia de infraestructura, en materia de tecnología, qué en logística y abastecimiento, qué en recurso humano. Tiene que existir una interacción de todas las partes para de nuevo poder tener procesos de formación.

**Por lo tanto,**

**ACUERDO PRIMERO:** conocida la propuesta técnica presentada por la Dirección de Planificación Institucional respecto del Sistema de Planificación Institucional y su organización, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA:**

- I) Aprobar el Sistema de Planificación Institucional e instruir a las Gerencias para que utilicen dicho Sistema como referencia para sus propuestas de reestructuración.
- II) Que las acciones derivadas del proceso de planificación institucional son de carácter vinculante para las unidades ejecutoras, para garantizar su estandarización metodológica e instrumental para una adecuada operacionalización en el sistema institucional.

- III) Aprobar la estructura organizacional propuesta para la Dirección de Planificación Institucional e instruir a la Dirección de Desarrollo Organizacional, para que proceda con la actualización del Manual de Organización de la Dirección de Planificación Institucional, conforme lo establecido en la “Propuesta del Sistema de Planificación Institucional y su Organización”, la cual incluye la readscripción jerárquica de la Subárea de Cooperación Internacional, las funciones de Control Interno y las de análisis y proyección de servicios de salud.
- IV) Autorizar la readscripción jerárquica de la Subárea de Cooperación Internacional perteneciente al CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), a la Dirección de Planificación Institucional.
- V) Instruir a la Dirección de Planificación institucional, para que, en seis meses posteriores a la implementación de la propuesta, informe a esta Junta Directiva sobre los resultados obtenidos con dicho proceso de implementación.

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

**Por otra parte,**

**ACUERDO SEGUNDO:** se retoma el tema tratado en el artículo 11° de esta sesión y conocida la copia del oficio número 26629 de fecha 26 de febrero del año 2014, suscrita por el Auditor Interno, dirigida al Gerente Financiero, mediante el cual le remite observaciones respecto del Proyecto Modernización del Sistema Financiero Institucional “*Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la CCSS*”. La citada copia se lee así:

*“Como es de su conocimiento, a través de distintos oficios esta Auditoría se ha pronunciado sobre el “Proyecto de Modernización del Sistema Financiero Institucional”, hoy llamado “Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la CCSS”, preocupados por el avance del mismo ya que constituye una iniciativa de relevancia institucional, razón por la cual señalamos algunas observaciones que deben considerarse para valorar la continuidad del proyecto.*

*En el artículo 63 de la sesión 8073 del 14 de julio 2006, en respuesta a las disposiciones contenidas en el informe de la Contraloría General de la República DFOE-SA-20-2003 y ante la necesidad de modernizar y fortalecer la gestión financiera institucional, la Gerencia Financiera en ese momento decide iniciar la ejecución del proyecto denominado “Modernización del Sistema Financiero Institucional”, cuyo primer estudio preliminar se elaboró en enero del 2007.*

*En octubre 2010, se define la primera versión del documento “Términos de Referencia Técnicos y Pliego de Condiciones para la Contratación” como propuesta del Cartel, mismo que fue elaborado por el “Consorcio Tecnomática Internacional & Grupo Asesor en Informática” y que fuera actualizado en febrero 2011, el cual indica textualmente sobre el enfoque de la solución:*

*"(...) establece las mejoras en los procesos de negocio, en el entorno del Sector Gobierno, Salud y Seguridad Social, para las siguientes disciplinas de gestión de recursos gubernamentales en las materias indicadas dentro de la Caja: formulación de presupuesto, ejecución de presupuesto, compras, control de inventarios, activos fijos, tesorería, contabilidad, manufactura, facturación por servicios médicos, ordenes de servicio, costos de salud y administrativos, control de costos de salud y administrativos, gobernanza, inteligencia de negocios, procesos de integración y contabilidad de proyectos. "*

*Este documento menciona que en ese momento no se había definido el origen de los recursos económicos para ejecutar el proceso de compra.*

*En noviembre 2013, el documento Cartel, redefine el nombre del proyecto, "Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la Caja Costarricense del Seguro Social", así como el enfoque del mismo, que indica lo siguiente:*

*"(...) que establece las mejoras en los procesos de negocio, en el entorno del Sector Gobierno, Salud y Seguridad Social, para las siguientes disciplinas de gestión de recursos gubernamentales en las materias indicadas dentro de la Caja: Planificación, Gestión del Presupuesto, Compras, Activos Fijos, Gestión de Inventarios, Nómina Institucional, Tesorería, Inversiones, Contabilidad, Gestión de Manufactura, Costos de Salud, Facturación de Servicios de Salud, Órdenes de Servicios y Costos Administrativos, así como el control de costos para los tipos de costos señalados, gobernanza, inteligencia de negocios, procesos de integración y contabilidad de proyectos. "*

*En este último se destacan dos nuevos procesos: la Nómina Institucional e Inversiones.*

*Por otro lado, en nota GF-14.938 del 05 de junio de 2013, suscrita por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, responde a una serie de interrogantes efectuadas por este ente fiscalizador, de las cuales se destacan las mencionadas a continuación:*

*Sobre el estado actual del proyecto de Modernización del Sistema Financiero Institucional (ERP):*

*"(...) La solución diseñada se presupuesta a partir de un estudio de mercado realizados en el año 2010. "*

*"La conceptualización actual del Proyecto de Modernización del Sistema de Información Financiera, se estableció desde el año 2008 y considerando la vertiginosa evolución de las tecnologías de información y comunicaciones, esta Gerencia considera necesario someter este diseño al contexto tecnológica actual. "*

*Sobre los diferentes escenarios financieros para el proyecto:*

*"(...) al día de hoy la estimación inicial del costo del proyecto (entre \$80 y \$100 millones) podría disminuirse hasta un 50%, solo por abaratamiento de las TIC (...)"*

*"(...) tómesese en cuenta que hasta el día de hoy no se dispone de los recursos financieros específicos para financiar este proyecto. En ese sentido la Gerencia Financiera trabajo en la creación de reservas que permitan financiar debidamente el proyecto. "*

*Sobre alguna limitación que impida el correcto avance del proyecto:*

*"Siendo que el proyecto se fundamenta en el ajuste de los procesos institucionales que serán gestionados con el GRP, a las mejoras prácticas internacionales, se tiene como necesario determinar el grado de esfuerzo que se debe realizar para llegar a esas mejores prácticas (análisis de brecha), con el fin de establecer la viabilidad operativa del proyecto. "*

*Ante este panorama, es menester de esta Auditoría advertir y prevenir los riesgos identificados en cuanto a la gestión del Proyecto de Modernización del Sistema Financiero, hoy llamado "Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la CCSS", con el fin de girar las instrucciones necesarias para gestionarlos y se garantice el éxito del mismo, lo que conlleva al cumplimiento de los objetivos de éste, la aplicación de las técnicas, herramientas y habilidades para consecución de las actividades y la satisfacción de los requerimientos, considerando prioritario el equilibrio entre: el presupuesto, alcance, calidad y recursos que dispone la institución actualmente.*

- **Del presupuesto:** No hay una clara estimación del costo del proyecto en la actualidad; según consta en oficio GF-49.126 del 03 de diciembre del 2013 suscrito por el Gerente Financiero la solución diseñada se presupuestó a partir de un estudio de mercado realizado en el año 2010. Además, se han elaborado sesiones con expertos en torno a contextualizar el planteamiento a la luz del marco estratégico actual de la institución y las más recientes posibilidades tecnológicas, las cuales han determinado una posible disminución del 50% de la estimación inicial del costo del proyecto.*

- **Del alcance:** El proyecto ha evidenciado cambios importantes desde su concepción, ya que el mismo inició bajo la necesidad de mejorar el Sistema Financiero Institucional y en la actualidad se enfoca en una herramienta GRP (siglas en inglés referente a Sistema de Planificación de Recursos Empresariales para Gobierno,) que entre otros, integra procesos importantes de la Institución los cuales no son de competencia de la Gerencia Financiera, tal es el caso de planificación, nómina e inversiones, situación que genera una visión más estratégica y participativa de otras gerencias.*

- **De la calidad:** No se ha realizado el análisis de brechas con respecto a la identificación y mejoras en los procesos de la institución que formarían parte del ERP (siglas en inglés de Planificación de Recursos Empresariales) y su alineación a esa herramienta de clase mundial.*

• **Del recurso económico:** *A la fecha no se dispone de recursos económicos específicos para financiar el proyecto, según lo indicado a esta Auditoría por parte de la Administración.*

*Al respecto, preocupa a este ente fiscalizador, que de continuar con este proyecto tal y como se encuentra definido en la actualidad, se materialicen riesgos asociados a costos desfasados, pérdida de enfoque en las expectativas del proyecto, falta de control sobre el progreso del mismo, poca participación y visión estratégica, falta de análisis de brechas en cuanto a los estándares de los ERP, confusión e incertidumbre de lo esperado, así como requerimientos no especificados que puedan incurrir en proyectos inconclusos.*

*Siendo así y considerando la importancia de renovar los sistemas informáticos obsoletos utilizados en este momento para la gestión financiera institucional, esta Auditoría previene a la Administración Activa sobre la necesidad de definir una estrategia en la cual se aclare el enfoque, alcance, presupuesto y recursos con respecto a los avances tecnológicos y el rezago de los estudios efectuados en torno al "Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la Caja Costarricense del Seguro Social"; asimismo, es prioritario analizar cuidadosamente el alineamiento de los procesos utilizados en la CCSS y los definidos en las herramientas GRP según sus estándares de clase mundial, con el fin de lograr una coherencia en la etapa de implementación. Finalmente, considerar el involucramiento e integración de otras gerencias dado el enfoque estratégico que requiere este proyecto.*

*Por lo anterior, se estima necesario que esa Gerencia informe a esta Auditoría sobre las acciones que se ejecuten a atención al presente oficio”,*

la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Gerencia Financiera que presente un informe, para la sesión del 13 de marzo en curso.

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

El doctor Ballestero Harley y la ingeniera Peraza Solano se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Andrey Quesada Azucena, Asesor de la Junta Directiva.

### **ARTICULO 30°**

*“De conformidad con el criterio SJD-AL-0031-2020 del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

### **ARTICULO 31°**

*“De conformidad con el criterio SJD-AL-0031-2020 del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con*

*reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.*

## ARTICULO 32°






Conocida la información presentada por la señora Gerente Médico, que concuerda con los términos del oficio N° GM-SJD-4900-14 fechado 6 de marzo del año en curso, que en adelante se transcribe, en lo conducente:

“Esta Gerencia en razón de que la Junta Directiva adoptó acuerdo en sesión N°8699, sobre el nombramiento interino del Dr. Roberto Cervantes Barrantes, en la plaza N° 05397 de Médico Director 2, correspondiente al cargo de Director General del Hospital San Vicente de Paúl, señala:

### “RESUMEN EJECUTIVO

1. Que la Junta Directiva mediante lo resuelto en el artículo 2° de la sesión N° 8612 del 27 de noviembre del 2012, acordó designar una comisión interventora en el Hospital San Francisco de Asís, la cual asumirá el control de la gestión de ese Hospital, constituyendo en dicha comisión como Director Médico al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, confiriéndole además, las potestades y facultades inherentes al cargo atribuidas al director del órgano desconcentrado, en el artículo 25° de la sesión N° 7606, celebrada el 6 de diciembre del año 2001, para los efectos del marco de la desconcentración creado con base en la Ley 7852 y su Reglamento.
2. Que la Junta Directiva acordó en la sesión realizada en fecha 06 de marzo de 2014, nombrar al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, en la plaza N° 05397 de Médico Director 2, correspondiente al cargo de Director General del Hospital San Vicente de Paúl.

En razón de lo anterior y al ser nombrado interinamente el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, en la plaza N° 05397 de Médico Director 2, correspondiente al cargo de Director General del Hospital San Vicente de Paúl, corresponde a esta Gerencia presentar los candidatos para que integren en calidad de Director Médico la Comisión Interventora del Hospital San Francisco de Asís. En razón de ello, la Gerencia Médica presenta los posibles candidatos a dicho puesto:

Nombre	Formación Académica	Antigüedad en la C.C.S.S.
<b>EVELYN MORALES LÓPEZ</b>  <b>Cédula:</b>  <b>Teléfonos:</b> <b>8718-4508</b>  <b>Correo:</b> <b>dra.evelynmorales@gmail.com</b>  <b>Código o carnet: 8027</b>  <b>Lugar de Residencia:</b> <b>Condominio Parques del Sol, casa 59, Santa Ana.</b>	Maestría en Administración Pública con Énfasis en Salud, <b>Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP).</b> Auditoría Médica. <b>Hospital Alemán- Buenos Aires, Argentina.</b> Doctorado en Medicina y Cirugía, <b>Universidad Internacional de las Américas.</b>	Labora para la CCSS, desde el 02-02-2004 10 años



<b>FONSECA RENAULD JORGE ARTURO</b>  <b>Cédula: 1-0430-0417</b>  <b>Teléfonos:</b> <b>8890-7016/2685-1200/2685-4093</b>  <b>Correo:</b> <b>gorfonre@costarricense.cr</b>  <b>Código o carnet: 2297</b>  <b>Lugar de Residencia:</b> <b>Urbanización el Arroyo, Lote #10, San Josecito San Isidro de Heredia.</b>	<b>Especialista en Administración de Servicios de Salud, Universidad de Costa Rica.</b> <b>Maestría en Administración Pública con Énfasis en Salud, Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP).</b> <b>Programa de gerencia Avanzada, Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE)</b> <b>Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica.</b>	<b>Labora para la CCSS, desde el 04-04-1981.</b> <b>31 años</b>
---	---	--

## RECOMENDACIÓN

Esta Gerencia Médica recomienda que el candidato idóneo para ser nombrado como Director Médico de la Comisión Interventora del Hospital San Francisco de Asía, sea electo por parte del Órgano Colegiado”,

y conocida la información presentada por la doctora Villalta Bonilla, que concuerda con los términos del citado oficio número GM-SJD-4900-14, referente al nombramiento del Director Médico de la Comisión Interventora del Hospital San Francisco de Asís, debido a que en la sesión N° 8699, celebrada el 06 de marzo del año 2014, la Junta Directiva nombró al Dr. Roberto Cervantes Barrantes como Director General a.i. del Hospital San Vicente de Paúl, la Junta Directiva, con base en la recomendación de la señora Gerente Médico –en forma unánime- **ACUERDA** nombrar a la doctora Evelyn Morales López en la Comisión Interventora del Hospital San Francisco de Asís como Directora Médico a.i., a partir del 10 de marzo del año 2014 y por el período que se mantenga la intervención.

Además de las potestades y facultades inherentes al cargo, se confieren a la doctora Morales López las potestades y obligaciones atribuidas al director del órgano desconcentrado, en el artículo 25° de la sesión N° 7606 celebrada el 6 de diciembre del 2001, para los efectos del marco de la desconcentración creado con base en la Ley No. 7852 y su Reglamento.

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

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

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

**ARTICULO 33°**

De conformidad con lo solicitado en el artículo 19° de esta sesión, se presenta la propuesta de acuerdo para atender la solicitud del Ministerio de Relaciones Exteriores respecto de la denuncia interpuesta por el señor Alberto Cabezas Villalobos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, cuyo análisis ha sido presentado por la Gerencia Médica en el oficio número GM-SJD-4887-2014, de fecha 5 de marzo del año en curso.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-4887-2014, de fecha 5 de marzo del presente año en curso, firmado por la señora Gerente Médico que, literalmente dice, en lo conducente:

“La Gerencia Médica en cumplimiento con lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 15° de la sesión N°8695 celebrada el 20 de febrero del 2014, procede a señalar lo siguiente:

**RESUMEN EJECUTIVO****ANTECEDENTES**

1. Que mediante oficio N° 8695-15-2014, suscrito por la Secretaría de la Junta Directiva, se comunicó a la Gerencia Médica lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 15° de la sesión N°8695 celebrada el 20 de febrero del 2014, en el cual se señaló: “...

**“ARTÍCULO 15°** Se tiene a la vista el oficio del 18 de los corrientes, número PE.1581-14, suscrito por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, al que se anexa la comunicación del 17 de febrero del presente año, número DJO-047-2014, que firma la licenciada Vanesa Videche Muñoz, Directora Jurídica del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, que en adelante se transcribe, en lo conducente, y que está relacionada con la denuncia interpuesta por el señor Alberto Cabezas Villalobos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en la que alega que en Costa Rica, desde la existencia del Decreto Ejecutivo número 19933-Sdel 13 de setiembre de 1990, se ha discriminado a los homosexuales y bisexuales, al prohibírseles donar sangre, en razón de su orientación sexual:

*“... Según expone el peticionario, pese a que el Decreto en cuestión fue derogado, en la práctica se faculta a los médicos excluir a las personas homosexuales –específicamente a los hombres gays- donar sangre en razón de su orientación sexual.*

*A criterio del señor Cabezas, las autoridades de la CCSS desconocen la existencia de nuevas tecnologías para detectar los anticuerpos del SIDA así como de otras enfermedades de transmisión sexual que comprometan la salud. Esta situación provoca, según el peticionario, que la orientación sexual del donante en sí misma sea vista como el factor de riesgo, cuando lo correcto sería analizar si el individuo muestra conductas que permitan determinar el ejercicio de una actividad sexual riesgosa.*

*Asimismo, manifiesta el peticionario que en la actualidad, está claro que la transmisión de dicho virus no depende de la orientación sexual, sino de varios factores que deben ser aclarados al momento de la elección del donante, los cuales no afectan el derecho a la igualdad y no discriminación, y permiten desincentivar prejuicios y estigmas sociales contra la población LGBTI.*

*En relación a lo anterior, se solicitan los buenos oficios, para que antes del 17 de marzo, se remitan las observaciones y/o comentarios que estimen necesarios, a efectos de la información que el Estado presentará a la CIDH. Adicionalmente, solicitamos se nos informe si existe o se ha tramitado alguna queja formal del señor Cabezas al respecto”,*

y la Junta Directiva **ACUERDA** trasladar el asunto a la Gerencia Médica para que, con el concurso de la Dirección Jurídica, se prepare la respuesta y se presente a la Junta Directiva para la sesión del 6 de marzo próximo. ACUERDO FIRME”.

2. Que la Dirección Jurídica mediante oficio DJ-01572-2014 de fecha 05 de marzo del 2014 emitió el criterio jurídico al respecto, señalando:

*“... sobre este mismo asunto habían existido razonamientos por parte de las distintas instancias involucradas por los mismos hechos denunciados, por lo que siendo que la denuncia medular no ha variado en sus fundamentos, es dable conservar en lo que nos interesa algunos de los argumentos que se habían señalado sobre el presente caso, por lo que de seguido procederemos a hacer nuestros lo dicho por algunas de las instancias involucradas.*

Al respecto corresponde indicar que el Banco Nacional de Sangre mediante oficio BNS-015-07 del 31 de enero de 2007 señala que:

*“(…) Las transfusiones sanguíneas son un componente fundamental de la atención de la salud y la seguridad de la sangre es parte integral de ese proceso que comprende una serie de etapas que van desde la promoción de una donación voluntaria, altruista y fidelizada hasta la transfusión justificada de hemocomponentes con productos de calidad, a pacientes que así lo requieran.*

*También se ha de tener presente que la donación de sangre está enmarcada dentro de los principios bioéticos de autonomía, justicia y beneficencia.*

*Autonomía al donar voluntariamente y altruista. Justicia porque la donación no debe implicar discriminación de ninguna clase. Beneficios porque no debe causar daño ni al donante ni al paciente o receptos, de ahí que la educación del donante es fundamental para que conozca los peligros a los que puede exponerse o exponer al receptor.*

*(…)*

*El principal requisito para evitar las infecciones transmitidas por las transfusiones es que la sangre proceda de donantes que se denominan bajo riesgo, o sea que no han tenido comportamientos que aumenten el riesgo de contraer enfermedades que se puedan transmitir por medio de la sangre.*

*2. Está ampliamente documentado que los pacientes que reciben sangre de donantes voluntarios y fidelizados presentan un riesgo más bajo de ser*

*infectados por patógenos transmisibles por la sangre... siempre deben aplicarse criterios rigurosos para la selección de donantes. (...)*”

Por otro lado la Sala Constitucional mediante resolución N°. 2008-017301 de las catorce horas cincuenta y cuatro minutos del diecinueve de noviembre de dos mil ocho, en donde se declara sin lugar la acción de inconstitucionalidad promovida por el señor Alberto Cabezas Villalobos en contra de los artículos 1 y 2 del Decreto Ejecutivo número 19933 del 13 de setiembre de 1990, aborda el tema de la discriminación, dicha resolución en lo que nos interesa señala:

**“(...) V.- SOBRE EL FONDO.**

*La discusión del caso por el fondo se centra en el argumento de que la regulación contenida en el artículo 2 inciso a) del decreto impugnado -que en relación con el artículo 1-, prohíben a personas homosexuales o bisexuales donar sangre, es discriminatorio y carente de razonabilidad.*

*Estima la Sala que el argumento parte de la base equivocada de que existe un derecho fundamental a donar sangre, tema que no reconoce ni regula ni la Constitución Política, ni los Tratados Internacionales de Derechos Humanos vigentes en la República. En ese sentido, la exclusión que se reclama podría analizarse, no como la pérdida del ejercicio legítimo de un derecho a un grupo determinado -porque éste no existe-, sino más bien considerando, si la política de salud basada en criterios de “grupo de riesgo”, como parámetro de exclusión para la donación de sangre, se ha hecho con un animus discriminatorio y por lo tanto carente de toda razonabilidad, o si -como lo alegan las autoridades de salud-, se ha hecho con criterios objetivos fundados en circunstancias de tipo epidemiológico.*

*En cuanto al marco constitucional, es claro que como parte de las obligaciones del Estado, está el deber de tutelar el derecho a la salud de los habitantes (artículos 21 y 140 de la Constitución; vgr. sentencia 92-1915) obligación que naturalmente incluye el deber de garantizarle a la población que la sangre que se utiliza para transfundir pacientes, es la más inocua posible de acuerdo al desarrollo de la ciencia y las prácticas actuales.*

*Dentro del marco de las potestades irrenunciables del Estado costarricense en materia de salud pública, cobran central importancia las políticas de prevención de la salud, las cuales por ser de carácter general, entre otros factores deben tomar en cuenta aspectos epidemiológicos que -en temas como el que se analiza-, procuren evitar al máximo la utilización de sangre contaminada que ponga en peligro la salud o la vida de las personas, especialmente tomando en cuenta que la tecnología actual no provee -por sí misma- una certeza que garantice sangre 100% inocua, ni aún con el tamizaje correspondiente. Considerando que los factores epidemiológicos están basados en criterios objetivos, estima la Sala que es claro que el Decreto impugnado no tiene como objetivo -ni de él se deriva-, un animus discriminatorio contra un determinado grupo de personas, sino más bien tiene un objetivo de prevención general de la salud, compatible con el marco constitucional.*

*VI-. Desde el punto de vista médico, los llamados “grupos de riesgo”, constituyen aquellas personas que por condiciones genéticas, por comportamiento, exposición ambiental, área geográfica donde habitan,*

*antecedentes de padecimientos, enfermedades, entre otros, tienen un mayor riesgo de padecer clínicamente o portar una enfermedad asintomática. En el caso de la sangre, existen diferentes padecimientos producidos por (parásitos, virus, bacterias) que pueden estar presentes sin que se manifiesten signos o síntomas, pero que pueden ser transmitidos a través de la sangre y hemoderivados.*

*Actualmente el desarrollo de la ciencia a nivel mundial no permite garantizar transfusiones de sangre, órganos y tejidos, 100% seguros, debido a que no todas las enfermedades pueden ser detectadas. Por esa razón, para lograr la mayor protección posible a la salud pública de la población, es necesario desde el punto de vista médico, extremar las medidas de seguridad con otras medidas que ayuden a minimizar el riesgo de las transfusiones en la población general.*

*En nuestro país, existen distintos grupos de riesgo para la transmisión del VIH-SIDA, que desde un punto de vista estrictamente epidemiológico están mayormente expuestos a la infección de este virus. En el caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), sean homosexuales o bisexuales, las estadísticas nacionales demuestran que, a pesar de haber transcurrido más de veinticinco años del reconocimiento de una epidemia, aún éste continúa siendo el grupo más afectado, esto debido a que el sexo anal sin protección es la práctica sexual más eficiente para la transmisión del VIH por la vía sexual. Precisamente las vías más adecuadas de infección para la HIV, Hepatitis B y C y HTLV son las relaciones sexuales sin protección, y dentro de éstas, las relaciones sexuales anales representan una vía de infección más exitosa que la relación sexual vaginal, debido al daño y microlesiones producidas durante el proceso tanto en la persona que la realiza como la que recibe la penetración y las características particulares del área de penetración.*

*A pesar de las campañas de educación, las estadísticas demuestran que este grupo de riesgo, continúa teniendo prácticas sexuales riesgosas, dados los niveles de contagio que revelan las estadísticas médicas que constan en autos.*

**VII.***En el expediente, las autoridades de salud, demuestran que la población homosexual bisexual o los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), tienen en CR mayor porcentaje de contagio. La Ministra de Salud en el informe rendido en forma conjunta con el Presidente de la República, cita las estadísticas enviadas por la Dirección de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud, según las cuales en el período comprendido de los años 1983 a 2002 (prácticamente de 10 años), la principal vía de infección de VIH es la sexual, 84,2%, de ellos, los hombres que tienen sexo con hombres, tienen una responsabilidad de un 44.3%, las personas heterosexuales un 24.8% y las personas bisexuales el 15.5%. (ver folio 75). A lo señalado añade:*

*“En Costa Rica, a pesar del viraje que a nivel mundial se esté dando en la transmisión por otros mecanismos, de acuerdo a las tabulaciones de lo notificado en el 2004, todavía sigue siendo el varón más afectado en una proporción de 5.4 hombres por 1 (una) mujer... “*

*Como se indica, según la historia natural de la enfermedad (VIH-Sida), la transmisión por vía hematogena, entendida ésta como la transfusión sanguínea, es un hecho comprobado de altísima efectividad.*

*Además de eso, está claramente documentado que algunas de las enfermedades que se evita transmitir por vía de la sangre como el VIH tienen un período de*

*ventana que oscila entre días y varios meses que hace que el tamizaje de la sangre sea insuficiente para garantizar por sí mismo la inocuidad de la sangre. Por eso debe ser complementado con otras políticas de prevención de la salud objetivamente determinados como lo son los datos epidemiológicos y la entrevista.*

*No se trata entonces de discriminar a personas en razón de su orientación sexual, sino de evitar que aquellas conductas sexuales riesgosas -objetivamente determinadas-, no pongan en peligro la salud o la vida del receptor. Así, mientras el recurrente espera que el estado se fije en los derechos del donante, las autoridades de salud, están velando por el derecho del receptor, en cumplimiento de su mandato Constitucional de velar por la salud pública de la población, que incluye naturalmente a receptores de todo, género, edad, color de piel u orientación sexual.*

*La política adoptada por las autoridades de salud se basó en los estándares y protocolos más utilizados de la época y aún vigentes en varios países del mundo, como los Estados Unidos de América que aún consideran al grupo de hombres que tienen sexo con hombres como de alto riesgo.*

*Independientemente de si es conveniente modificar la terminología actual para adaptar los criterios de selección a nuevos estándares que se enfocan sobre “conductas sexuales riesgosas” y no “grupos de riesgo” en general, la verdad es que ese no es un aspecto de constitucionalidad que la Sala deba evaluar, porque el hecho de que existan “nuevas tendencias”, mejores incluso, no hace que el decreto que se analiza fuera, sólo por eso, contrario a la Constitución.*

**VIII.-** *Los grupos de riesgo como factor epidemiológico al ser grupales, no se refieren -ni deben hacerlo- a la situación particular de cada persona que está dentro de ellos. Puede perfectamente existir una prostituta que tenga sexo responsable, o un adicto que sea muy cuidadoso al inyectarse, o bien un homosexual célibe o que practica sexo seguro, o uno promiscuo que tenga prácticas sexuales seguras, pero el punto es que el Estado -en materia de prevención de la salud pública-, no está obligado a actuar con base en las excepciones, cuando se trata de prevenir lesiones serias a la salud y la vida de los habitantes. De hecho ninguna política de salud pública puede basarse en las excepciones a la regla.*

**IX.-** *La jurisprudencia constitucional ha sido inequívoca en reconocer que el artículo 33 de la Constitución Política, estima como discriminatorias, únicamente aquellas diferenciaciones de trato que no estén basadas en parámetros objetivos y razonables y que es posible dar un tratamiento diverso a situaciones distintas. Al respecto se ha señalado:*

*"... la Sala considera que no ha existido violación al principio de igualdad ante la ley, porque no puede entenderse que la igualdad significa que todos han de ser tratados por igual, con independencia de las posibles diferencias entre los individuos. El principio de igualdad significa que no se pueden introducir desigualdades discriminatorias, aunque sí desigualdades razonables, justificadas por cualquier elemento diferenciador de relevancia jurídica; porque dar un tratamiento similar a situaciones desiguales, conllevaría una mayor desigualdad. Dar un tratamiento diverso a situaciones distintas es compatible con un Estado democrático y social de Derecho, por los valores que éste*

*consagra: Justicia, Libertad, Igualdad, Seguridad Jurídica y Solidaridad."*  
(1266-95)

*En el mismo sentido en la sentencia número 1993-00316 de las nueve horas treinta y nueve minutos del 22 de enero de 1993, indicó:*

*"El principio de igualdad, contenido en el Artículo 33 de la Constitución Política, no implica que en todos los casos, se deba dar un tratamiento igual prescindiendo de los posibles elementos diferenciadores de relevancia jurídica que pueda existir; o lo que es lo mismo, no toda desigualdad constituye necesariamente una discriminación. La igualdad, como lo ha dicho la Sala, sólo es violada cuando la desigualdad está desprovista de una justificación objetiva y razonable. Pero además, la causa de justificación del acto considerado desigual, debe ser evaluada en relación con la finalidad y sus efectos, de tal forma que deba existir, necesariamente, una relación razonable de proporcionalidad entre los medios empleados y la finalidad propiamente dicha. Es decir, que la igualdad debe entenderse en función de las circunstancias que concurren en cada supuesto concreto en el que se invoca, de tal forma que la aplicación universal de la ley, no prohíbe que se contemplen soluciones distintas ante situaciones distintas, como tratamiento diverso. Todo lo expresado quiere decir, que la igualdad ante la ley no puede implicar una igualdad material o igualdad económica real y efectiva".*

*X-. Por las razones indicadas, el decreto impugnado es no sólo conforme a la Constitución Política -que establece la obligación del Estado de velar por la salud de la población-, sino que es aplicación de las obligaciones de la propia Ley General de Salud establece, que en lo que interesa señala:*

***"ARTÍCULO 1.-*** *La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.*

***ARTÍCULO 2.-*** *Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.*

***ARTÍCULO 5.-*** *Toda persona física o jurídica, está obligada a proporcionar de manera cierta y oportuna los datos que el funcionario de salud competente le solicite para los efectos de la elaboración, análisis y difusión de las estadísticas vitales y de salud y demás estudios especiales de administración, para la evaluación de los recursos en salud y otros estudios especiales que sea necesario hacer para el oportuno conocimiento de los problemas de salud y para la formulación de las medidas de soluciones adecuadas.*

***ARTÍCULO 10.-*** *Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos,*

*acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal....*

**ARTÍCULO 91.-** *Para establecer y operar bancos de sangre los interesados deben declarar al inscribirse en el Ministerio, la naturaleza y técnica de los procesos que proponen realizar y acompañar los antecedentes certificados por el Colegio de Microbiólogos Químicos Clínicos, en que se acredite que el establecimiento reúne las condiciones reglamentarias exigidas para su buen funcionamiento, esencialmente en cuanto a la persona que responderá técnicamente de la operación; a las instalaciones y equipos adecuados para su elaboración, manipulación, clasificación y conservación de la sangre y de sus derivados, así como la identificación, estado de salud y registro de los donadores de sangre.*

(,,)

**ARTÍCULO 93.-** *La sangre humana, plasma o sus derivados podrán utilizarse solo para fines terapéutico, médico-quirúrgicos y bajo prescripción médica.*

(...)

**ARTÍCULO 163.-** *Las personas que hayan estado en contacto directo o indirecto con personas que padezcan de enfermedad transmisible de denuncia obligatoria, serán considerados para los efectos de ésta ley y sus reglamentos como contactos y deberán someterse a las medidas de observación y control que la autoridad sanitaria indique.*

*Deberán asimismo informar de manera veraz y facilitar la acción de la autoridad sanitaria, cuando se trate de establecer la cadena epidemiológica de las enfermedades transmisibles, especialmente la de las enfermedades venéreas.”*

*Por lo tanto, el decreto impugnado es una consecuencia e instrumentalización de obligaciones constitucionales superiores del Estado costarricense -con sustento legal incluso en la propia Ley General de Salud-, frente a la población y su derogatoria por su rango inferior, no las afecta ni puede hacerlo con lo cual éstas quedan intactas. Con o sin decreto, el Estado costarricense -por medio de las autoridades de salud-, está obligado -como la propia Ley de Salud indica-, a proteger la salud de los habitantes por medio de políticas de prevención general basadas en criterios médicos de carácter objetivo, como lo son indudablemente los criterios epidemiológicos. A nivel profesional, también los médicos -especialmente los responsables del tema- tienen la obligación de resguardar la salud de su paciente, garantizando que los tratamientos a él suministrados no resulten contrarios al derecho a la salud o la vida de las personas.*

*En ese sentido, los Bancos de Sangre -mientras la tecnología no avance hacia un sistema de detección de anticuerpos de VIH en la sangre-, están obligados a aplicar criterios complementarios de prevención de la salud de las personas, que minimicen el riesgo de contagio de esta y otras enfermedades, por medio de la sangre, sin necesidad de que estén contenidas en un decreto, ya que -como se*



*indicó, derivan directamente de la Constitución y en particular de la Ley General de Salud, ambos con rango superior.*

*XI.- Por la misma razón expuesta en el considerando anterior, la Sala no comparte el argumento de que el decreto ahora derogado, ya había sido tácitamente derogado por la Ley de VIH-Sida. En realidad esa ley se refiere específicamente a prohibiciones de donar sangre y órganos de personas infectadas de VIH que tengan conocimiento de su contagio, pero no alcanza ni regula los supuestos de las personas que no tienen conocimiento de que portan anticuerpos de VIH u otras de las enfermedades transmisibles por sangre, ya que no sería lógico pretender que le prohíba a alguien que se comporte de una determinada manera partiendo de una premisa que la persona no conoce. De tal forma que la Ley de VIH-SIDA, no tenía por objeto -como se asegura-, modificar el decreto existente y reducir las prohibiciones únicamente a aquellos supuesto de personas que teniendo anticuerpos de VIH, no donaran sangre, órganos o tejidos, es decir, refiriéndose a las personas ya contagiadas. Lo que hace más bien es reforzar ese aspecto, sin excluir, la protección debida que el Estado le debe a la salud de toda la población, con base en la Ley General de Salud vigente, que mantiene el deber de proteger a la población frente a personas que aún sin saber que están contagiadas, lo están y desean donar sangre.*

*Finalmente es importante aclarar que el decreto impugnado fue emitido no sólo para proteger a la población -toda la población nacional, incluida la gay- del contagio de VIH I y II, sino de las demás enfermedades mencionadas en el decreto, que representan también serias amenazas a la salud pública, como son: Hepatitis B, C, sífilis o VDRL, anticuerpos contra el HTLV y el Tripanosoma cruzi.*

**XII.- CONCLUSIÓN.** *El decreto derogado -en el sentido que fue impugnado-, mientras estuvo vigente y produjo efectos, resulta conforme al derecho de la Constitución Política. Su derogatoria expresa no releva a las autoridades de salud de aplicar directamente la Constitución Política y en especial, la Ley General de Salud en resguardo de la población para minimizar los riesgos de enfermedades transmisibles por sangre que puedan afectar la vida o la salud de las personas. Asimismo, la aplicación de criterios epidemiológicos y por lo tanto objetivos, -como lo son el establecimiento de “grupos de riesgo” como criterios de exclusión para fines de prevención general-, son prácticas conformes con el derecho de la Constitución. El hecho de que existan nuevas tendencias que se orientan hacia la inclusión de criterios basados en “conducta sexual” como sustitutivos de los de “grupos de riesgo”, no hace que éstos últimos, pierdan su razonabilidad y legalidad. En ese sentido si unos son mejores que otros, no es un tema que anule per se la constitucionalidad de los impugnados. En todo caso, no corresponde a la Sala determinar si las autoridades deben acoger las tendencias de algunos países en ese sentido o no, únicamente analizar si lo impugnado corresponde a políticas discriminatorias o carentes de razonabilidad, aspectos que quedan descartados según el análisis expuesto. (...)*

En complemento de lo anteriormente dicho, es importante recalcar que derecho a la salud es la piedra angular en la que descansan todos los derechos

fundamentales, lo cual podemos ver ilustrado en el voto N° 13306-08 de la Sala Constitucional, en el que manifestó lo siguiente:

*“(...) III.- DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la república. De igual forma, en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental (...)”.*

Debemos decir que en aras de proteger el Derecho a la Salud que tienen todos los usuarios, y el deber que tiene la Institución de garantizar que la sangre utilizada para transfusiones esté libre de las enfermedades que pudiesen adquirir terceros transfundidos, es que se deben de aplicarse criterios rigurosos en la selección de donantes.

Mediante oficio de fecha 20 de diciembre de 2006 el Dr. Carlos Samayoa Castillo señala:

*“(...) El Dr. Carlos Samayoa Castillo, agrega en su informe:*

*“(...) La entrevista realizada al donante prospectivo, se debe focalizar en comportamientos de riesgo durante el tiempo que sea más largo que el período de ventana del diagnóstico de las infecciones para que las que hacemos pruebas de laboratorio y ese período (un año), sumado al período de diferimento (un año), garantiza que los individuos que estén infectados saldrán positivos en las pruebas” (...)*

Por su parte el Dr. Jimmy Villalobos Venegas, Director a.i. del Banco Nacional de Sangre, de la Caja Costarricense de Seguro Social señaló que:

*“(...) Las vías de infección para la Hepatitis B y C, HIV y HTLV son relaciones sexuales sin protección. Las relaciones sexuales anales representan una vía de infección más exitosa que la relación sexual vaginal, debido al daño y microlesiones producidas durante el proceso tanto en la persona que la realiza como la que recibe la penetración.*

*(...)*

*El Banco Nacional de Sangre debe buscar el equilibrio más seguro entre oferta y demanda de hemoderivados que minimice el riesgo de infección para el receptor, de modo que evitemos el consumo de recursos en el tratamiento de secuelas o enfermedades provocadas por la transfusión de sangre, así como el deterioro de calidad de vida de los costarricenses.*

*(...)*

*Todos los documentos emitidos por el Banco Nacional de Sangre tienen sustento en la normativa legal existente y se han elaborado con la intención de velar por el bienestar colectivo y no el interés individual. Somos respetuosos de la libertad de todos los ciudadanos costarricenses independientemente de la libertad de todos los ciudadanos costarricenses independientemente de sus preferencias sexuales, costumbres o modas, de sus actividades profesionales y creencias religiosas, pero sobre todo en nuestro trabajo diario, debemos procurar por la calidad y bienestar de la salud de la población general, por lo que nuestra*

*selección y valoración de donantes voluntarios es muy rigurosa y apegada a la ley con el único propósito de garantizar la calidad y seguridad de la sangre que se va a transfundir.*

*(...)*

*La Dra. Gloria Elena Terves Posada, Coordinadora, Unidad de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS por medio del Oficio PCS/VIH/ITS-238-06 del 19 de diciembre del 2006, con relación a la Acción de Inconstitucionalidad del señor Alberto Cabezas Villalobos, en forma expresa manifiesta:*

*(...)*

*La Ley General de Salud, en su artículo primero establece que “La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”, Lo anterior quiere decir ---para nuestros efectos---, que siendo el Estado el principal precursor de la salud general en nuestro país, se debe de velar continuamente por la Prevención de las enfermedades, y para ello debe de definir no solo la Política Nacional de Salud, sino la normativa y los procedimientos, así como dictar los reglamentos autónomos en dicha materia, además de la planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud individual y a la Salud Pública.*

*(...) El estado debe de “PREVENIR” en forma efectiva la propagación de esta enfermedad en nuestras comunidades y para ello es que se han definido “grupos de personas de alto riesgo”, los cuales constituyen el mayor porcentaje de personas ---que debido a sus prácticas personales, comportamientos de riesgo y autodestructivos ---propician el ser portadoras de la infección VIH/Sida; características que predominan en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y Trabajadores (as) del Sexo (TS), según los análisis epidemiológicos de las estadísticas cualicuantitativas de algunos de los países afectados.*

*(...) La misma Ley General de Salud establece que no solo todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud sino también el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y de la comunidad.*

*Es por ello, que si existe alguna razón para sospechar que una persona pertenece a un “grupo de alto riesgo”, puede también sospecharse que esta misma persona pueda haber contraído el VIH/Sida, esto por cuanto existe el llamado “PERÍODO DE VENTANA” en el cual los anticuerpos del VIH, no se detectan por semanas después que ha ocurrido la exposición.*

*Consecuentemente, si esta persona tiene la posibilidad de haber estado expuesto al VIH, existiría también la posibilidad que sus resultados incorrectamente sean negativos para el VIH al momento de donar sangre (falso negativo).*

*(...)Evidentemente debe seguirse el protocolo destinado para dichos efectos por parte del Banco de Sangre al momento en que se realiza una donación, sin embargo, independientemente de los casos en que exista una urgente necesidad o emergencia y a pesar que el paciente o sus familiares consientan la transfusión de sangre; el permitir que personas pertenecientes al “grupo de alto riesgo” realice una donación de sangre, implicaría poner en riesgo a otro ser humano, toda vez que debido a ese “PERÍODO DE VENTANA”, la donación del espécimen podría estar infectada, a pesar de haber obtenido un resultado negativo en la misma al momento de realizarse el protocolo de pruebas respectivas.*

*Considerando que el proceso de donación – transfusión de la sangre y sus hemoderivados requiere el donador voluntario, el cuestionario de valoración del riesgo del voluntario, el tamizaje serológico de la sangre donada y el uso racional de la misma, es 100% vital asegurar que dicho espécimen es seguro para cualquier receptos, de ahí la importancia que el Estado vele sostenidamente por la Salud Pública de nuestro país.*

*(...) Por consiguiente, cuando se define un “grupo de alto riesgo” y un donador de alto riesgo no se hace con la intención de crear desigualdad entre los seres humanos. Por lo contrario. Estamos en presencia de una situación que al final de cuentas, incluso apela a la conciencia de cada persona, pues la prohibición iría estrictamente ligada con la “moralidad” del donador y no únicamente con la pertenencia (sic) al grupo de apoyo, “queda en su conciencia” el indicar si efectivamente es miembro o no del “grupo de alto riesgo”*

*Tal y como se desprende...*

*Hay que tomar en consideración que el citado “grupo de alto riesgo” no hace distinción en cuanto a la presencia de diferentes miembros de grupos étnicos o culturales. Es decir, va dirigido simplemente a todas aquellas personas que de alguna u otra manera “han decidido” realizar algún tipo de práctica sobre la cual se ha detectado que precisamente propicia el ser portador de la infección VIH/Sida.*

*En vista de lo anterior el artículo no debería subrayar solo hombres homosexuales y bisexuales. Se incluye también a hombres y mujeres que practican la prostitución, que son promiscuos, que se inyectan drogas e inclusive que se relacionan sexualmente con individuos incluidos en los grupos anteriores. Es decir, dentro de este grupo se incluyen a todo tipo de personas, y el común denominador de todas es que realizan o han realizado algún tipo de práctica la cual propicia la enfermedad, ya sea a nivel individual, en pareja o a nivel grupal, y si existe una pequeña posibilidad de que al donar se tenga el VIH/Sida, es deber del Estado anteponer un bien jurídico tutelado tan importante como es la “VIDA” en contraposición con cualquier otro de menor relevancia con respecto a este, resultando oportuno traer a colación un viejo adagio popular que dice: **ES MEJOR PREVENIR QUE LAMENTAR**” (...)*

Y para finalizar en cuanto a la revelación de la orientación sexual que se debe realizar en la entrevista para la donación de sangre, la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales tiene regulado lo referente a los datos sensibles de ser suministrados y los que no son, así en el artículo 9 dicha ley se señala en lo conducente que:

**“(...) ARTÍCULO 9.- Categorías particulares de los datos**

*Además de las reglas generales establecidas en esta ley, para el tratamiento de los datos personales, las categorías particulares de los datos que se mencionarán, se regirán por las siguientes disposiciones:*

**1.- Datos sensibles**

*Ninguna persona estará obligada a suministrar datos sensibles. Se prohíbe el tratamiento de datos de carácter personal que revelen el origen racial o étnico, opiniones políticas, convicciones religiosas, espirituales o filosóficas, así como los relativos a la salud, la vida y la orientación sexual, entre otros.*

***Esta prohibición no se aplicará cuando:***

***(...) d) El tratamiento de los datos resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos, o la gestión de servicios sanitarios (...)***

Por lo que del anterior artículo se desprende que siendo necesario el proporcionar los datos sobre la orientación sexual, para la prevención o el diagnóstico médico, resulta una excepción al carácter sensibles de dichos datos, por lo que no existe obstáculo legal para que los mismos sean suministrados, de esta manera podemos observar que todas las políticas de control del riesgo que aplica el Banco Nacional de Sangre se encuentran conforme a derecho.

## **CONCLUSION**

Con base en lo anteriormente expuesto, se tiene, que no existe discriminación ni violación al derecho contenido al artículo 33 de la Carta Magna, de ello se colige que las políticas existentes para la donación de sangre y los documentos emitidos por el Banco Nacional de Sangre tienen sustento en la normativa legal existente y se han elaborado con la intención de velar por el bienestar colectivo y no el interés individual, por consiguiente cuando se define un “grupo de alto riesgo” y un donador de alto riesgo no se hace con la intención de crear desigualdad entre los seres humanos sino por el interés público de salvaguardar la salud de todos los individuos.

De la misma manera el Estado costarricense por medio de sus autoridades en salud, en este caso la Caja Costarricense de Seguro Social, a través del Banco Nacional de Sangre, está obligado a proteger la salud de los habitantes mediante políticas de prevención general basadas en criterios médicos de carácter objetivo, como lo son los criterios epidemiológicos. Igualmente los médicos son responsables y tienen la obligación de resguardar la salud de su paciente, garantizando que los tratamientos a él suministrados no resulten contrarios al derecho a la salud o la vida de las personas, es por esto, que las políticas implementadas por el banco nacional de sangre se encuentran conforme a derecho y no representan ningún tipo de discriminación, ni violación a ningún derecho fundamental, siendo que la donación de sangre no es un derecho, sino una actitud de colaboración del ciudadano para con la sociedad.”

En razón de lo anterior, la Gerencia Médica acoge en todos sus extremos el criterio jurídico anteriormente indicado, toda vez que el Estado como tal se encuentra obligado a garantizar la salud como elemento indispensable para disfrutar el derecho a la vida, el cual se encuentra tutelado desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, reiterado posteriormente en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998, siendo reconocido en diversos instrumentos internacionales, entre los cuales se encuentran lo regulado en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>4</sup>, 12 del Pacto Internacional de Derechos

---

<sup>4</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).”

Económicos, Sociales y Culturales<sup>5</sup> y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos<sup>6</sup>.

Cabe agregar que la salud pública, tiene una doble finalidad: de prevención, ejerciendo un control efectivo de las enfermedades infecciosas, incluidas las de transmisión sexual, y de curación mediante la prestación de servicios de salud. Sus objetivos secundarios tendrían por finalidad aminorar las consecuencias de la enfermedad, garantizando a cada individuo la mejor atención sanitaria posible.

También resulta importante indicar que, la observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU<sup>7</sup>, el cual fue creado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para interpretar, supervisar y proteger la aplicación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se constituye en una observación general sobre el derecho a la salud. Dentro de ésta se encuentra establecido en el Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12 el derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas:

*“La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”.*

En razón de ello, el deber de preservar y proteger la salud obliga al Estado a adoptar políticas tanto en relación con el acceso a la salud por parte de los individuos como de la salud pública, decisiones que se deben enmarcar por los principios de prevención y precaución.

Para la Organización Mundial de la Salud, las transfusiones sanguíneas son un componente fundamental de la atención sanitaria, y la necesidad de un acceso equitativo a la sangre segura es universal y por ello tal seguridad es un objetivo de la política de prevención de la infección del VIH. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud en el instructivo sobre el uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y neonatología, Cirugía y Anestesia, 2001, establece que la sangre solo puede ser transfundida si ha sido obtenida “de donantes debidamente seleccionados; haya sido tamizada para infecciones transmisibles por transfusión y se le hayan practicado las pruebas de compatibilidad entre los glóbulos rojo del donante y los

<sup>5</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12, párrafo 1<sup>ero</sup>: “los Estados Partes reconocen (...) el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y el párrafo 2<sup>do</sup> dispone diversas medidas que “deberán adoptar los Estados Partes (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”. En relación a esta norma es importante indicar que la misma constituye el artículo más completo que sobre el derecho a la salud se regula dentro de la legislación internacional referida a los derechos humanos.

<sup>6</sup> Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 10: “1.Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2-Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”

<sup>7</sup> Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 22.º período de sesiones, celebrado en mayo de 2000,

anticuerpos en el plasma del paciente”. Por tal motivo, el Banco Nacional de Sangre ha considerado que con la entrevista de donantes, se pretende determinar si existe peligro de que la sangre que está siendo donada, esté contaminada con el virus de VIH, virus de la Hepatitis B, hepatitis C, HTLV, sífilis, malaria, chagas y otros patógenos transmitidos por la sangre, lo que sería evidentemente riesgoso para el receptor o paciente, por lo anterior el principal requisito para evitar estas infecciones es que la sangre proceda de donantes que se denominan de bajo riesgo, o sea, que no han tenido comportamientos que aumenten el riesgo.

Debe quedar claro que la valoración del riesgo en cada país debe estar fundamentada en estudios estadísticos confiables que señalen la prevalencia de todas estas enfermedades en la población en general y particular de ese grupo.

Nótese que incluso es la misma Sala Constitucional la que ha señalado en reiteradas sentencias, que la posibilidad de establecer medidas y en este caso de selección fundada en criterios objetivos son válidas y no generan discriminación alguna, ya que resulta una actuación del ejercicio legítimo de las facultades que ostenta la Administración de garantizar la calidad y la seguridad de las transfusiones de sangre que se realizan a la población que así lo requiera.

Por todo lo anteriormente expuesto, considera la Institución está obligada constitucionalmente y legalmente bajo la propia Ley General de Salud, a proteger la salud de los habitantes por medio de políticas de prevención general basadas en criterios técnicos médicos de carácter objetivo, como lo son los criterios epidemiológicos, en razón de ello, la actuación que se ha llevado a cabo, ha sido en resguardo de la población para minimizar los riesgos de enfermedades transmisibles por sangre que pueden afectar la salud de las personas.

Por último corresponde señalar que de los registros de la Gerencia Médica no se evidencia que el Sr. Alberto Cabezas Villalobos, haya interpuesto una denuncia formal como tal, basado en los hechos que ahora expone ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

### **RECOMENDACIÓN**

La Gerencia Médica junto la Dirección Jurídica, se permite presentar propuesta de respuesta al oficio DJO-047-2014 de fecha 17 de febrero del 2014, suscrito por la Licda. Vanessa Videche Muñoz, Directora Jurídica del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, en la siguiente línea de pensamiento, de conformidad con la jurisprudencia Constitucional y los distintos criterios técnicos expuestos, se tiene que no existe discriminación ni violación alguna al derecho contenido en el artículo 33 de la Carta Magna, al excluir de donar sangre a los grupos denominados “de alto riesgo”, siendo que las políticas existentes para la donación de sangre se encuentran fundamentadas en criterios técnicos objetivos, basados en la evidencia científica a través de la prevalencia de los diferentes datos epidemiológicos”,

una vez realizada la presentación por parte de la Dirección Jurídica, a cargo de la licenciada María Isabel Albert y Lorenzana, y de la Gerencia Médica, en cuanto a la propuesta para contestar el oficio número DJO-047-2014 de fecha 17 de febrero del 2014, suscrito por la Licda. Vanessa Videche Muñoz, Directora Jurídica del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto - unánimemente- **ACUERDA** acoger la propuesta en referencia, la cual se basa en la siguiente línea de pensamiento, de conformidad con la jurisprudencia Constitucional y los distintos criterios técnicos expuestos, y se tiene que no existe discriminación ni violación alguna al

derecho contenido en el artículo 33 de la Carta Magna, al excluir de donar sangre a los grupos denominados “de alto riesgo”, siendo que las políticas existentes para la donación de sangre se encuentran fundamentadas en criterios técnicos objetivos, basados en la evidencia científica, a través de la prevalencia de los diferentes datos epidemiológicos.

**En consecuencia**, se da respuesta a la licenciada Vanessa Videche Muñoz, Directora Jurídica del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, en los siguientes términos:

“En atención a su oficio DJO-047-2014 de fecha 17 de febrero del 2014, mediante el cual solicita se remitan las observaciones y/o comentarios que se estiman necesarios a efectos de la información que el Estado presentará a raíz de la denuncia presentada por el señor Alberto Cabezas Villalobos ante la CIDH, al respecto le indicamos:

Sobre este mismo asunto han existido razonamientos por parte de las distintas instancias involucradas por los mismos hechos denunciados (Sala Constitucional, Procuraduría General de la República, Banco Nacional de Sangre) , por lo que siendo que la denuncia medular no ha variado en sus fundamentos, es dable conservar en lo que nos interesa algunos de los argumentos que se habían señalado sobre el presente caso, por lo que de seguido procederemos a hacer nuestros lo dicho por algunas de las instancias involucradas.

Al respecto corresponde indicar que el Banco Nacional de Sangre mediante oficio BNS-015-07 del 31 de enero de 2007 señala que:

*“(...) Las transfusiones sanguíneas son un componente fundamental de la atención de la salud y la seguridad de la sangre es parte integral de ese proceso que comprende una serie de etapas que van desde la promoción de una donación voluntaria, altruista y fidelizada hasta la transfusión justificada de hemocomponentes con productos de calidad, a pacientes que así lo requieran.*

*También se ha de tener presente que la donación de sangre está enmarcada dentro de los principios bioéticos de autonomía, justicia y beneficencia.*

*Autonomía al donar voluntariamente y altruista. Justicia porque la donación no debe implicar discriminación de ninguna clase. Beneficios porque no debe causar daño ni al donante ni al paciente o receptos, de ahí que la educación del donante es fundamental para que conozca los peligros a los que puede exponerse o exponer al receptor.*

*(...)*

*El principal requisito para evitar las infecciones transmitidas por las transfusiones es que la sangre proceda de donantes que se denominan bajo riesgo, o sea que no han tenido comportamientos que aumenten el riesgo de contraer enfermedades que se puedan transmitir por medio de la sangre.*

*2. Está ampliamente documentado que los pacientes que reciben sangre de donantes voluntarios y fidelizados presentan un riesgo más bajo de ser infectados por patógenos transmisibles por la sangre... siempre deben aplicarse criterios rigurosos para la selección de donantes. (...)*”

Por otro lado la Sala Constitucional mediante resolución N°. 2008-017301 de las catorce horas cincuenta y cuatro minutos del diecinueve de noviembre de dos mil ocho, en donde se declara sin lugar la acción de inconstitucionalidad promovida por el señor Alberto Cabezas Villalobos



en contra de los artículos 1 y 2 del Decreto Ejecutivo número 19933 del 13 de setiembre de 1990, aborda el tema de la discriminación, dicha resolución en lo que nos interesa señala:

**“(…) V.- SOBRE EL FONDO.**

*La discusión del caso por el fondo se centra en el argumento de que la regulación contenida en el artículo 2 inciso a) del decreto impugnado -que en relación con el artículo 1-, prohíben a personas homosexuales o bisexuales donar sangre, es discriminatorio y carente de razonabilidad.*

*Estima la Sala que el argumento parte de la base equivocada de que existe un derecho fundamental a donar sangre, tema que no reconoce ni regula ni la Constitución Política, ni los Tratados Internacionales de Derechos Humanos vigentes en la República. En ese sentido, la exclusión que se reclama podría analizarse, no como la pérdida del ejercicio legítimo de un derecho a un grupo determinado -porque éste no existe-, sino más bien considerando, si la política de salud basada en criterios de “grupo de riesgo”, como parámetro de exclusión para la donación de sangre, se ha hecho con un animus discriminatorio y por lo tanto carente de toda razonabilidad, o si -como lo alegan las autoridades de salud-, se ha hecho con criterios objetivos fundados en circunstancias de tipo epidemiológico.*

*En cuanto al marco constitucional, es claro que como parte de las obligaciones del Estado, está el deber de tutelar el derecho a la salud de los habitantes (artículos 21 y 140 de la Constitución; vgr. sentencia 92-1915) obligación que naturalmente incluye el deber de garantizarle a la población que la sangre que se utiliza para transfundir pacientes, es la más inocua posible de acuerdo al desarrollo de la ciencia y las prácticas actuales.*

*Dentro del marco de las potestades irrenunciables del Estado costarricense en materia de salud pública, cobran central importancia las políticas de prevención de la salud, las cuales por ser de carácter general, entre otros factores deben tomar en cuenta aspectos epidemiológicos que -en temas como el que se analiza-, procuren evitar al máximo la utilización de sangre contaminada que ponga en peligro la salud o la vida de las personas, especialmente tomando en cuenta que la tecnología actual no provee -por sí misma- una certeza que garantice sangre 100% inocua, ni aún con el tamizaje correspondiente. Considerando que los factores epidemiológicos están basados en criterios objetivos, estima la Sala que es claro que el Decreto impugnado no tiene como objetivo -ni de él se deriva-, un animus discriminatorio contra un determinado grupo de personas, sino más bien tiene un objetivo de prevención general de la salud, compatible con el marco constitucional.*

*VI-. Desde el punto de vista médico, los llamados “grupos de riesgo”, constituyen aquellas personas que por condiciones genéticas, por comportamiento, exposición ambiental, área geográfica donde habitan, antecedentes de padecimientos, enfermedades, entre otros, tienen un mayor riesgo de padecer clínicamente o portar una enfermedad asintomática. En el caso de la sangre, existen diferentes padecimientos producidos por (parásitos, virus, bacterias) que pueden estar presentes sin que se manifiesten signos o síntomas, pero que pueden ser transmitidos a través de la sangre y hemoderivados.*

*Actualmente el desarrollo de la ciencia a nivel mundial no permite garantizar transfusiones de sangre, órganos y tejidos, 100% seguros, debido a que no todas las enfermedades pueden ser detectadas. Por esa razón, para lograr la mayor protección posible a la salud pública de la población, es necesario desde el punto de vista médico, extremar las medidas de seguridad con otras medidas que ayuden a minimizar el riesgo de las transfusiones en la población general.*

*En nuestro país, existen distintos grupos de riesgo para la transmisión del VIH- SIDA, que desde un punto de vista estrictamente epidemiológico están mayormente expuestos a la infección de este virus. En el caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), sean homosexuales o bisexuales, las estadísticas nacionales demuestran que, a pesar de haber transcurrido más de veinticinco años del reconocimiento de una epidemia, aún éste continúa siendo el grupo más afectado, esto debido a que el sexo anal sin protección es la práctica sexual más eficiente para la transmisión del VIH por la vía sexual. Precisamente las vías más adecuadas de infección para la HIV, Hepatitis B y C y HTLV son las relaciones sexuales sin protección, y dentro de éstas, las relaciones sexuales anales representan una vía de infección más exitosa que la relación sexual vaginal, debido al daño y microlesiones producidas durante el proceso tanto en la persona que la realiza como la que recibe la penetración y las características particulares del área de penetración.*

*A pesar de las campañas de educación, las estadísticas demuestran que este grupo de riesgo, continúa teniendo prácticas sexuales riesgosas, dados los niveles de contagio que revelan las estadísticas médicas que constan en autos.*

*VII.-En el expediente, las autoridades de salud, demuestran que la población homosexual bisexual o los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), tienen en CR mayor porcentaje de contagio. La Ministra de Salud en el informe rendido en forma conjunta con el Presidente de la República, cita las estadísticas enviadas por la Dirección de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud, según las cuales en el período comprendido de los años 1983 a 2002 ( prácticamente de 10 años), la principal vía de infección de VIH es la sexual, 84,2%, de ellos, los hombres que tienen sexo con hombres, tienen una responsabilidad de un 44.3%, las personas heterosexuales un 24.8% y las personas bisexuales el 15.5%. (ver folio 75). A lo señalado añade:*

*“En Costa Rica, a pesar del viraje que a nivel mundial se esté dando en la transmisión por otros mecanismos, de acuerdo a las tabulaciones de lo notificado en el 2004, todavía sigue siendo el varón más afectado en una proporción de 5.4 hombres por 1 (una) mujer... “*

*Como se indica, según la historia natural de la enfermedad (VIH-Sida), la transmisión por vía hematogena, entendida ésta como la transfusión sanguínea, es un hecho comprobado de altísima efectividad.*

*Además de eso, está claramente documentado que algunas de las enfermedades que se evita transmitir por vía de la sangre como el VIH tienen un período de ventana que oscila entre días y varios meses que hace que el tamizaje de la sangre sea insuficiente para garantizar por sí mismo la inocuidad de la sangre. Por eso debe ser complementado con otras políticas de prevención de la salud objetivamente determinados como lo son los datos epidemiológicos y la entrevista.*

*No se trata entonces de discriminar a personas en razón de su orientación sexual, sino de evitar que aquellas conductas sexuales riesgosas -objetivamente determinadas-, no pongan en peligro la salud o la vida del receptor. Así, mientras el recurrente espera que el estado se fije en los derechos del donante, las autoridades de salud, están velando por el derecho del receptor, en cumplimiento de su mandato Constitucional de velar por la salud pública de la población, que incluye naturalmente a receptores de todo, género, edad, color de piel u orientación sexual.*

*La política adoptada por las autoridades de salud se basó en los estándares y protocolos más utilizados de la época y aún vigentes en varios países del mundo, como los Estados Unidos de América que aún consideran al grupo de hombres que tienen sexo con hombres como de alto riesgo.*

*Independientemente de si es conveniente modificar la terminología actual para adaptar los criterios de selección a nuevos estándares que se enfocan sobre “conductas sexuales riesgosas” y no “grupos de riesgo” en general, la verdad es que ese no es un aspecto de constitucionalidad que la Sala deba evaluar, porque el hecho de que existan “nuevas tendencias”, mejores incluso, no hace que el decreto que se analiza fuera, sólo por eso, contrario a la Constitución.*

*VIII-. Los grupos de riesgo como factor epidemiológico al ser grupales, no se refieren -ni deben hacerlo- a la situación particular de cada persona que está dentro de ellos. Puede perfectamente existir una prostituta que tenga sexo responsable, o un adicto que sea muy cuidadoso al inyectarse, o bien un homosexual célibe o que practica sexo seguro, o uno promiscuo que tenga prácticas sexuales seguras, pero el punto es que el Estado -en materia de prevención de la salud pública-, no está obligado a actuar con base en las excepciones, cuando se trata de prevenir lesiones serias a la salud y la vida de los habitantes. De hecho ninguna política de salud pública puede basarse en las excepciones a la regla.*

*IX.-La jurisprudencia constitucional ha sido inequívoca en reconocer que el artículo 33 de la Constitución Política, estima como discriminatorias, únicamente aquellas diferenciaciones de trato que no estén basadas en parámetros objetivos y razonables y que es posible dar un tratamiento diverso a situaciones distintas. Al respecto se ha señalado:*

*"... la Sala considera que no ha existido violación al principio de igualdad ante la ley, porque no puede entenderse que la igualdad significa que todos han de ser tratados por igual, con independencia de las posibles diferencias entre los individuos. El principio de igualdad significa que no se pueden introducir desigualdades discriminatorias, aunque sí desigualdades razonables, justificadas por cualquier elemento diferenciador de relevancia jurídica; porque dar un tratamiento similar a situaciones desiguales, conllevaría una mayor desigualdad. Dar un tratamiento diverso a situaciones distintas es compatible con un Estado democrático y social de Derecho, por los valores que éste consagra: Justicia, Libertad, Igualdad, Seguridad Jurídica y Solidaridad." (1266-95)*

*En el mismo sentido en la sentencia número 1993-00316 de las nueve horas treinta y nueve minutos del 22 de enero de 1993, indicó:*

*"El principio de igualdad, contenido en el Artículo 33 de la Constitución Política, no implica que en todos los casos, se deba dar un tratamiento igual prescindiendo de los posibles elementos diferenciadores de relevancia jurídica que pueda existir; o lo que es lo mismo, no toda desigualdad constituye necesariamente una discriminación. La igualdad, como lo ha dicho la Sala, sólo es violada cuando la desigualdad está desprovista de una justificación objetiva y razonable. Pero además, la causa de justificación del acto considerado desigual, debe ser evaluada en relación con la finalidad y sus efectos, de tal forma que deba existir, necesariamente, una relación razonable de proporcionalidad entre los medios empleados y la finalidad propiamente dicha. Es decir, que la igualdad debe entenderse en función de las circunstancias que concurren en cada supuesto concreto en el que se invoca, de tal forma que la aplicación universal de la ley, no prohíbe que se contemplen soluciones distintas ante situaciones distintas, como tratamiento diverso. Todo lo expresado quiere decir, que la igualdad ante la ley no puede implicar una igualdad material o igualdad económica real y efectiva".*

*X-. Por las razones indicadas, el decreto impugnado es no sólo conforme a la Constitución Política -que establece la obligación del Estado de velar por la salud de la población-, sino que es aplicación de las obligaciones de la propia Ley General de Salud establece, que en lo que interesa señala:*

**“ARTÍCULO 1.-** *La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.*

**ARTÍCULO 2.-** *Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.*

**ARTÍCULO 5.-** *Toda persona física o jurídica, está obligada a proporcionar de manera cierta y oportuna los datos que el funcionario de salud competente le solicite para los efectos de la elaboración, análisis y difusión de las estadísticas vitales y de salud y demás estudios especiales de administración, para la evaluación de los recursos en salud y otros estudios especiales que sea necesario hacer para el oportuno conocimiento de los problemas de salud y para la formulación de las medidas de soluciones adecuadas.*

**ARTÍCULO 10.-** *Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal....*

**ARTÍCULO 91.-** *Para establecer y operar bancos de sangre los interesados deben declarar al inscribirse en el Ministerio, la naturaleza y técnica de los procesos que proponen realizar y acompañar los antecedentes certificados por el Colegio de Microbiólogos Químicos Clínicos, en que se acredite que el establecimiento reúne las condiciones reglamentarias exigidas para su buen funcionamiento, esencialmente en cuanto a la persona que responderá técnicamente de la operación; a las instalaciones y equipos adecuados para su elaboración, manipulación, clasificación y conservación de la sangre y de sus derivados, así como la identificación, estado de salud y registro de los donadores de sangre.*

(,,)

**ARTÍCULO 93.-** *La sangre humana, plasma o sus derivados podrán utilizarse solo para fines terapéutico, médico-quirúrgicos y bajo prescripción médica.*

(...)

**ARTÍCULO 163.-** *Las personas que hayan estado en contacto directo o indirecto con personas que padezcan de enfermedad transmisible de denuncia obligatoria, serán considerados para los efectos de ésta ley y sus reglamentos como contactos y deberán someterse a las medidas de observación y control que la autoridad sanitaria indique.*

*Deberán asimismo informar de manera veraz y facilitar la acción de la autoridad sanitaria, cuando se trate de establecer la cadena epidemiológica de las enfermedades transmisibles, especialmente la de las enfermedades venéreas.”*

*Por lo tanto, el decreto impugnado es una consecuencia e instrumentalización de obligaciones constitucionales superiores del Estado costarricense -con sustento legal incluso en la propia Ley General de Salud-, frente a la población y su derogatoria por su rango inferior, no las afecta ni puede hacerlo con lo cual éstas quedan intactas. Con o sin decreto, el Estado*

*costarricense -por medio de las autoridades de salud-, está obligado -como la propia Ley de Salud indica-, a proteger la salud de los habitantes por medio de políticas de prevención general basadas en criterios médicos de carácter objetivo, como lo son indudablemente los criterios epidemiológicos. A nivel profesional, también los médicos -especialmente los responsables del tema- tienen la obligación de resguardar la salud de su paciente, garantizando que los tratamientos a él suministrados no resulten contrarios al derecho a la salud o la vida de las personas.*

*En ese sentido, los Bancos de Sangre -mientras la tecnología no avance hacia un sistema de detección de anticuerpos de VIH en la sangre-, están obligados a aplicar criterios complementarios de prevención de la salud de las personas, que minimicen el riesgo de contagio de esta y otras enfermedades, por medio de la sangre, sin necesidad de que estén contenidas en un decreto, ya que -como se indicó, derivan directamente de la Constitución y en particular de la Ley General de Salud, ambos con rango superior.*

*XI-. Por la misma razón expuesta en el considerando anterior, la Sala no comparte el argumento de que el decreto ahora derogado, ya había sido tácitamente derogado por la Ley de VIH-Sida. En realidad esa ley se refiere específicamente a prohibiciones de donar sangre y órganos de personas infectadas de VIH que tengan conocimiento de su contagio, pero no alcanza ni regula los supuestos de las personas que no tienen conocimiento de que portan anticuerpos de VIH u otras de las enfermedades transmisibles por sangre, ya que no sería lógico pretender que le prohíba a alguien que se comporte de una determinada manera partiendo de una premisa que la persona no conoce. De tal forma que la Ley de VIH-SIDA, no tenía por objeto -como se asegura-, modificar el decreto existente y reducir las prohibiciones únicamente a aquellos supuesto de personas que teniendo anticuerpos de VIH, no donaran sangre, órganos o tejidos, es decir, refiriéndose a las personas ya contagiadas. Lo que hace más bien es reforzar ese aspecto, sin excluir, la protección debida que el Estado le debe a la salud de toda la población, con base en la Ley General de Salud vigente, que mantiene el deber de proteger a la población frente a personas que aún sin saber que están contagiadas, lo están y desean donar sangre.*

*Finalmente es importante aclarar que el decreto impugnado fue emitido no sólo para proteger a la población -toda la población nacional, incluida la gay- del contagio de VIH I y II, sino de las demás enfermedades mencionadas en el decreto, que representan también serias amenazas a la salud pública, como son: Hepatitis B, C, sífilis o VDRL, anticuerpos contra el HTLV y el Tripanosoma cruzi.*

*XII.- CONCLUSIÓN. El decreto derogado -en el sentido que fue impugnado-, mientras estuvo vigente y produjo efectos, resulta conforme al derecho de la Constitución Política. Su derogatoria expresa no releva a las autoridades de salud de aplicar directamente la Constitución Política y en especial, la Ley General de Salud en resguardo de la población para minimizar los riesgos de enfermedades transmisibles por sangre que puedan afectar la vida o la salud de las personas. Asimismo, la aplicación de criterios epidemiológicos y por lo tanto objetivos, -como lo son el establecimiento de “grupos de riesgo” como criterios de exclusión para fines de prevención general-, son prácticas conformes con el derecho de la Constitución. El hecho de que existan nuevas tendencias que se orientan hacia la inclusión de criterios basados en “conducta sexual” como sustitutos de los de “grupos de riesgo”, no hace que éstos últimos, pierdan su razonabilidad y legalidad. En ese sentido si unos son mejores que otros, no es un tema que anule per se la constitucionalidad de los impugnados. En todo caso, no corresponde a la Sala determinar si las autoridades deben acoger las tendencias de algunos países en ese sentido o no, únicamente analizar si lo impugnado*

*corresponde a políticas discriminatorias o carentes de razonabilidad, aspectos que quedan descartados según el análisis expuesto. (...)*”

En complemento de lo anteriormente dicho, es importante recalcar que derecho a la salud es la piedra angular en la que descansan todos los derechos fundamentales, lo cual podemos ver ilustrado en el voto N° 13306-08 de la Sala Constitucional, en el que manifestó lo siguiente:

***“(...) III.- DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la república. De igual forma, en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental.(...)”***

Debemos decir que en aras de proteger el Derecho a la Salud que tienen todos los usuarios, y el deber que tiene la Institución de garantizar que la sangre utilizada para transfusiones esté libre de las enfermedades que pudiesen adquirir terceros transfundidos, es que se deben de aplicarse criterios rigurosos en la selección de donantes.

Mediante oficio de fecha 20 de diciembre de 2006 el Dr. Carlos Samayoa Castillo señala:

*“(...) El Dr. Carlos Samayoa Castillo, agrega en su informe:*

*(...) La entrevista realizada al donante prospectivo, se debe focalizar en comportamientos de riesgo durante el tiempo que sea más largo que el período de ventana del diagnóstico de las infecciones para que las que hacemos pruebas de laboratorio y ese período (un año), sumado al período de diferimento (un año), garantiza que los individuos que estén infectados saldrán positivos en las pruebas” (...)*

Por su parte el Dr. Jimmy Villalobos Venegas, Director a.i. del Banco Nacional de Sangre, de la Caja Costarricense de Seguro Social señaló que:

*“(...) Las vías de infección para la Hepatitis B y C, HIV y HTLV son relaciones sexuales sin protección. Las relaciones sexuales anales representan una vía de infección más exitosa que la relación sexual vaginal, debido al daño y microlesiones producidas durante el proceso tanto en la persona que la realiza como la que recibe la penetración.*

*(...)*

*El Banco Nacional de Sangre debe buscar el equilibrio más seguro entre oferta y demanda de hemoderivados que minimice el riesgo de infección para el receptor, de modo que evitemos el consumo de recursos en el tratamiento de secuelas o enfermedades provocadas por la transfusión de sangre, así como el deterioro de calidad de vida de los costarricenses.*

*(...)*

*Todos los documentos emitidos por el Banco Nacional de Sangre tienen sustento en la normativa legal existente y se han elaborado con la intención de velar por el bienestar colectivo y no el interés individual. Somos respetuosos de la libertad de todos los ciudadanos costarricenses independientemente de la libertad de todos los ciudadanos costarricenses independientemente de sus preferencias sexuales, costumbres o modas, de sus actividades profesionales y creencias religiosas, pero sobre todo en nuestro trabajo diario, debemos procurar por la calidad y bienestar de la salud de la población general, por lo que nuestra selección y valoración de donantes voluntarios es muy rigurosa y apegada a la ley con el único propósito de garantizar la calidad y seguridad de la sangre que se va a transfundir.*

*(...)*

*La Dra. Gloria Elena Terves Posada, Coordinadora, Unidad de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS por medio del Oficio PCS/VIH/ITS-238-06 del 19 de diciembre del 2006, con relación a la Acción de Inconstitucionalidad del señor Alberto Cabezas Villalobos, en forma expresa manifiesta:*

*(...)*

*La Ley General de Salud, en su artículo primero establece que “La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”, Lo anterior quiere decir ---para nuestros efectos---, que siendo el Estado el principal precursor de la salud general en nuestro país, se debe de velar continuamente por la Prevención de las enfermedades, y para ello debe de definir no solo la Política Nacional de Salud, sino la normativa y los procedimientos, así como dictar los reglamentos autónomos en dicha materia, además de la planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud individual y a la Salud Pública.*

*(...) El estado debe de “PREVENIR” en forma efectiva la propagación de esta enfermedad en nuestras comunidades y para ello es que se han definido “grupos de personas de alto riesgo”, los cuales constituyen el mayor porcentaje de personas ---que debido a sus prácticas personales, comportamientos de riesgo y autodestructivos ---propician el ser portadoras de la infección VIH/Sida; características que predominan en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y Trabajadores (as) del Sexo (TS), según los análisis epidemiológicos de las estadísticas cualicuantitativas de algunos de los países afectados.*

*(...) La misma Ley General de Salud establece que no solo todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud sino también el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y de la comunidad.*

*Es por ello, que si existe alguna razón para sospechar que una persona pertenece a un “grupo de alto riesgo”, puede también sospecharse que esta misma persona pueda haber contraído el VIH/Sida, esto por cuanto existe el llamado “PERÍODO DE VENTANA” en el cual los anticuerpos del VIH, no se detectan por semanas después que ha ocurrido la exposición.*

*Consecuentemente, si esta persona tiene la posibilidad de haber estado expuesto al VIH, existiría también la posibilidad que sus resultados incorrectamente sean negativos para el VIH al momento de donar sangre (falso negativo).*

*(...)Evidentemente debe seguirse el protocolo destinado para dichos efectos por parte del Banco de Sangre al momento en que se realiza una donación, sin embargo, independientemente de los casos en que exista una urgente necesidad o emergencia y a pesar que el paciente o sus familiares consientan la transfusión de sangre; el permitir que personas pertenecientes al “grupo de alto riesgo” realice una donación de sangre, implicaría poner en riesgo a otro ser humano, toda vez que debido a ese “PERÍODO DE VENTANA”, la donación del espécimen podría estar infectada, a pesar de haber obtenido un resultado negativo en la misma al momento de realizarse el protocolo de pruebas respectivas.*

*Considerando que el proceso de donación – transfusión de la sangre y sus hemoderivados requiere el donador voluntario, el cuestionario de valoración del riesgo del voluntario, el tamizaje serológico de la sangre donada y el uso racional de la misma, es 100% vital asegurar que dicho espécimen es seguro para cualquier receptos, de ahí la importancia que el Estado vele sostenidamente por la Salud Pública de nuestro país.*

*(...) Por consiguiente, cuando se define un “grupo de alto riesgo” y un donador de alto riesgo no se hace con la intención de crear desigualdad entre los seres humanos. Por lo contrario. Estamos en presencia de una situación que al final de cuentas, incluso apela a la conciencia de cada persona, pues la prohibición iría estrictamente ligada con la “moralidad” del*

*donador y no únicamente con la pertenecía (sic) al grupo de apoyo, “queda en su concilia” el indicar si efectivamente es miembro o no del “grupo de alto riesgo”*

*Tal y como se desprende...*

*Hay que tomar en consideración que el citado “grupo de alto riesgo” no hace distinción en cuanto a la presencia de diferentes miembros de grupos étnicos o culturales. Es decir, va dirigido simplemente a todas aquellas personas que de alguna u otra manera “han decidido” realizar algún tipo de práctica sobre la cual se ha detectado que precisamente propicia el ser portador de la infección VIH/Sida.*

*En vista de lo anterior el artículo no debería subrayar solo hombres homosexuales y bisexuales. Se incluye también a hombres y mujeres que practican la prostitución, que son promiscuos, que se inyectan drogas e inclusive que se relacionan sexualmente con individuos incluidos en los grupos anteriores. Es decir, dentro de este grupo se incluyen a todo tipo de personas, y el común denominador de todas es que realizan o han realizado algún tipo de práctica la cual propicia la enfermedad, ya sea a nivel individual, en pareja o a nivel grupal, y si existe una pequeña posibilidad de que al donar se tenga el VIH/Sida, es deber del Estado anteponer un bien jurídico tutelado tan importante como es la “VIDA” en contraposición con cualquier otro de menor relevancia con respecto a este, resultando oportuno traer a colación un viejo adagio popular que dice: **ES MEJOR PREVENIR QUE LAMENTAR**” (...)*

Y para finalizar en cuanto a la revelación de la orientación sexual que se debe realizar en la entrevista para la donación de sangre, la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales tiene regulado lo referente a los datos sensibles de ser suministrados y los que no son, así en el artículo 9 dicha ley se señala en lo conducente que:

**“(..) ARTÍCULO 9.- Categorías particulares de los datos**

*Además de las reglas generales establecidas en esta ley, para el tratamiento de los datos personales, las categorías particulares de los datos que se mencionarán, se registrarán por las siguientes disposiciones:*

**1.- Datos sensibles**

*Ninguna persona estará obligada a suministrar datos sensibles. Se prohíbe el tratamiento de datos de carácter personal que revelen el origen racial o étnico, opiniones políticas, convicciones religiosas, espirituales o filosóficas, así como los relativos a la salud, la vida y la orientación sexual, entre otros.*

***Esta prohibición no se aplicará cuando:***

***(..) d) El tratamiento de los datos resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos, o la gestión de servicios sanitarios (...)***

Por lo que del anterior artículo se desprende que siendo necesario el proporcionar los datos sobre la orientación sexual, para la prevención o el diagnóstico médico, resulta una excepción al carácter sensibles de dichos datos, por lo que no existe obstáculo legal para que los mismos sean suministrados, de esta manera podemos observar que todas las políticas de control del riesgo que aplica el Banco Nacional de Sangre se encuentran conforme a derecho.

Quedando claro entonces, que el Estado como tal se encuentra obligado a garantizar la salud como elemento indispensable para disfrutar el derecho a la vida, el cual se encuentra tutelado desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, reiterado posteriormente en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998, siendo reconocido en diversos instrumentos internacionales, entre los cuales se encuentran lo regulado en los



artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>8</sup>, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>9</sup> y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos<sup>10</sup>.

Cabe agregar que la salud pública, tiene una doble finalidad: de prevención, ejerciendo un control efectivo de las enfermedades infecciosas, incluidas las de transmisión sexual, y de curación mediante la prestación de servicios de salud. Sus objetivos secundarios tendrían por finalidad aminorar las consecuencias de la enfermedad, garantizando a cada individuo la mejor atención sanitaria posible.

También resulta importante indicar que, la observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU<sup>11</sup>, el cual fue creado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para interpretar, supervisar y proteger la aplicación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se constituye en una observación general sobre el derecho a la salud. Dentro de ésta se encuentra establecido en el Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12 el derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas:

*“La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”*

En razón de ello, el deber de preservar y proteger la salud obliga al Estado a adoptar políticas tanto en relación con el acceso a la salud por parte de los individuos como de la salud pública, decisiones que se deben enmarcar por los principios de prevención y precaución.

Para la Organización Mundial de la Salud, las transfusiones sanguíneas son un componente fundamental de la atención sanitaria, y la necesidad de un acceso equitativo a la sangre segura es universal y por ello tal seguridad es un objetivo de la política de prevención de la infección del VIH. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud en el instructivo

---

<sup>8</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”.

<sup>9</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12, párrafo 1<sup>er</sup>: “los Estados Partes reconocen (...) el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y el párrafo 2<sup>do</sup> dispone diversas medidas que “deberán adoptar los Estados Partes (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”. En relación a esta norma es importante indicar que la misma constituye el artículo más completo que sobre el derecho a la salud se regula dentro de la legislación internacional referida a los derechos humanos.

<sup>10</sup> Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 10: “1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2- Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”

<sup>11</sup> Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 22.º período de sesiones, celebrado en mayo de 2000,

sobre el uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y neonatología, Cirugía y Anestesia, 2001, establece que la sangre solo puede ser transfundida si ha sido obtenida “de donantes debidamente seleccionados; haya sido tamizada para infecciones transmisibles por transfusión y se le hayan practicado las pruebas de compatibilidad entre los glóbulos rojo del donante y los anticuerpos en el plasma del paciente”. Por tal motivo, el Banco Nacional de Sangre ha considerado que con la entrevista de donantes, se pretende determinar si existe peligro de que la sangre que está siendo donada, esté contaminada con el virus de VIH, virus de la Hepatitis B, Hepatitis C, HTLV, sífilis, malaria, chagas y otros patógenos transmitidos por la sangre, lo que sería evidentemente riesgoso para el receptor o paciente, por lo anterior el principal requisito para evitar estas infecciones es que la sangre proceda de donantes que se denominan de bajo riesgo, o sea, que no han tenido comportamientos que aumenten el riesgo.

Debe quedar claro que la valoración del riesgo en cada país debe estar fundamentada en estudios estadísticos confiables que señalen la prevalencia de todas estas enfermedades en la población en general y particular de ese grupo.

Nótese que incluso es la misma Sala Constitucional la que ha señalado en reiteradas sentencias, que la posibilidad de establecer medidas y en este caso de selección fundada en criterio objetivos son válidas y no generan discriminación alguna, ya que resulta una actuación del ejercicio legítimo de las facultades que ostenta la Administración de garantizar la calidad y la seguridad de las transfusiones de sangre que se realizan a la población que así lo requiera.

Con base en lo anteriormente expuesto, se tiene, que no existe discriminación ni violación al derecho contenido al artículo 33 de la Carta Magna, de ello se colige que las políticas existentes para la donación de sangre y los documentos emitidos por el Banco Nacional de Sangre tienen sustento en la normativa legal existente y se han elaborado con la intención de velar por el bienestar colectivo y no el interés individual, por consiguiente cuando se define un “grupo de alto riesgo” y un donador de alto riesgo no se hace con la intención de crear desigualdad entre los seres humanos sino por el interés público de salvaguardar la salud de todos los individuos.

De la misma manera el Estado costarricense por medio de sus autoridades en salud, en este caso la Caja Costarricense de Seguro Social, a través del Banco Nacional de Sangre, está obligado a proteger la salud de los habitantes mediante políticas de prevención general basadas en criterios médicos de carácter objetivo, como lo son los criterios epidemiológicos. Igualmente los médicos son responsables y tienen la obligación de resguardar la salud de su paciente, garantizando que los tratamientos a él suministrados no resulten contrarios al derecho a la salud o la vida de las personas, es por esto, que las políticas implementadas por el banco nacional de sangre se encuentran conforme a derecho y no representan ningún tipo de discriminación, ni violación a ningún derecho fundamental, siendo que la donación de sangre no es un derecho, sino una actitud de colaboración del ciudadano para con la sociedad.”

Por último corresponde señalar que de los registros institucionales no se evidencia que el Sr. Alberto Cabezas Villalobos, haya interpuesto una denuncia formal como tal, basado en los hechos que ahora expone ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

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

#### **ARTICULO 34°**

En cuanto a la celebración de la asamblea de accionistas de la Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la Caja Costarricense de Seguro Social (OPC CCSS S. A.), número 57, por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** fijarla para el jueves 13 de marzo en curso.

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