

Miércoles 30 de abril de 2014

N° 8713

Acta de la sesión ordinaria número 8713, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del miércoles 30 de abril de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Balmaceda Arias; Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho; Directores: Sr. Nieto Guerrero, Prof. Meléndez González, Licda. Solera Picado, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Marín Carvajal; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector de la Dirección Jurídica. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Salas Carrillo informó que retrasará su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1°

Reflexión a cargo del Director Fallas Camacho.

ARTICULO 2°

El Director Gutiérrez Jiménez, en relación desconcentración y la decisión adoptada en el artículo 3° de la sesión número 8709 de fecha 10 de abril en curso, deja constancia de su posición en los siguientes términos:

“Como es de conocimiento de esta Junta, por razones de salud de mi esposa no estuve presente en la discusión y decisión del tema de desconcentración (artículo 3° de la sesión número 8709, de fecha 10 de abril del año 2014.

Quisiera dejar constancia que este director no está de acuerdo en general con la decisión tomada con el tema de desconcentración como lo señalé en otras oportunidades.

Además, considero que la fórmula del “plus por prohibición” se abrió a otros funcionarios que a mi criterio, no debían de tenerlo, pues pareciera que sus obligaciones son diferentes.

Asimismo, me preocupa la consecuencia que ello implica para la sostenibilidad financiera de la Institución”.

Se toma nota.

ARTICULO 3°

Se someten a revisión y **se aprueban** las actas de las sesiones números 8603, 8604 y 8605.

ARTICULO 4°

Por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** conocer seguidamente el capítulo de correspondencia.

ARTICULO 5°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 7°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 8°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 9°

Se tiene a la vista la nota número G-02389-2014 de fecha 8 de abril del año 2014, suscrita por el Lic. Guillermo Vargas Roldán, Gerente General del Instituto Nacional de Seguros, mediante la cual manifiesta que ha sido informado por la Dirección de Inspección del Área de Aseguramiento de un estudio que están realizando sobre la eventual relación laboral entre los agentes de seguros y el Instituto Nacional de Seguros (INS). Indica que este tema ha sido ampliamente analizado tanto en sede administrativa como en sede judicial en las jurisdicciones laboral y contenciosa administrativa, y se ha obtenido de forma contundente siempre la misma resolución. Sin embargo, en este caso, según les informó la citada Dirección, se trata de una instrucción de la Junta Directiva, por lo tanto, agradece que le facilite la documentación que ha conocido el Órgano Colegiado sobre el tema, transcripción de lo discutido al respecto y los acuerdos que hubiere tomado, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Financiera, para la atención correspondiente.

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

ARTICULO 10°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 señor Loría Chaves.

El licenciado Rodríguez Alvarado se disculpa y se retira temporalmente del salón de sesiones.

ARTICULO 11°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 Rodríguez Alvarado.

ARTICULO 12°

Se conoce la nota número GIT-0400-2014 de fecha 31 de marzo del año 2014, suscrita por la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, en la cual atiende lo resuelto en el artículo 34° de la sesión N° 8636, referente a la comunicación del Dr. Marco A. Salazar Rivera, Coordinador del Consejo de Directores, y del Lic. Oscar Montero Sánchez, Coordinador del Consejo de Administradores de la Subregión de Heredia, relacionado con inquietudes sobre el *Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional*, sobre el particular informa:

“Atiendo lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 34, de la Sesión 8636, referente a comunicación del Dr. Marco A. Salazar Rivera, Coordinador Consejo de Directores y del Lic. Oscar Montero Sánchez, Coordinador Consejo de Administradores de la Subregión de Heredia, mediante la cual informan que analizaron el Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional y consideran que es una herramienta útil y necesaria que permite avanzar correctamente en materia de mantenimiento; sin embargo señalan que su implementación es materialmente imposible si no se cuenta a nivel local con el recurso humano, financiero, infraestructura y logística que el mismo Reglamento requiere.

En línea con lo anterior, mediante oficio DMI-0696-07-2013, dirigido al Dr. Salazar Rivera y Lic. Montero Sánchez, el Ing. Juan César Rojas Aguilar, Director de Mantenimiento Institucional, brinda respuesta a las inquietudes planteadas en los siguientes términos:

“(...) El oficio emitido por el Consejo gira en su totalidad alrededor de lo señalado en el segundo párrafo “...su implementación es materialmente imposible si no se cuenta a nivel local con el recurso humanos, financiero, infraestructura y logística...” y razona este

señalamiento con una serie de ejemplos extraídos del Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional. Al respecto, tenemos que informar lo siguiente:

1. *En lo que se refiere a recursos humanos, esta Dirección considera que se requiere fortalecer a las unidades locales, en especial a las Áreas de Salud, de manera que cuenten con al menos un funcionario dedicado exclusivamente a la función de mantenimiento. Sin embargo, por jerarquía, en primera instancia esta solicitud debe ser presentada a la Gerencia Médica, para que esta con la asesoría la Dirección de Administración y Gestión de Personal y de esta Dirección, presente un plan de asignación de los recursos humanos que se requieren para las diferentes unidades.*
2. *Con respecto a la asignación presupuestaria requerida, ya la Junta Directiva tomó un acuerdo en ese sentido según consta en el artículo 22° de la sesión N° 8602, celebrada el 27 de setiembre del año 2012 donde entre otros acordó:*

"4. Instruir a la Gerencia Financiera para que, en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, presenten a esta Junta Directiva, en un plazo de tres meses contados a partir de la aprobación del presente acuerdo, una propuesta de asignación porcentual incremental de presupuesto para la gestión de mantenimiento acorde con parámetros internacionales que permita atender de mejor forma la conservación y mantenimiento del recurso físico, en todas las Unidades Ejecutoras de la Institución".

Esta propuesta ya fue elaborada y presentada al Consejo de Gerencias y Presidencia que lo remitió a la Gerencia Financiera para el análisis final de sostenibilidad financiera y posterior al mismo será elevada a conocimiento de la Junta Directiva para su aprobación.

3. *Con respecto a la dotación de infraestructura óptima, precisamente para eso y para el resto del recurso físico es que se debe implementar el Sistema de Gestión de Mantenimiento por parte de las unidades locales, para tener una infraestructura y un recurso físico en óptimas condiciones de operación, con disponibilidad y seguridad.*

Como una medida de carácter urgente, conocedores del deterioro en que se encuentra la infraestructura institucional y con el objetivo de apoyar proyectos de mantenimiento que por su alto costo se escapan de la asignación presupuestaria anual, esta Dirección en coordinación con la Dirección de Presupuesto, y en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y la Gerencia Financiera se ha dedicado a realizar las gestiones para la creación, de un Fondo Institucional de Recuperación de Infraestructura e Inversiones Prioritarias, para los años 2013 y 2014, que permita la asignación de recursos a las unidades que dispongan de proyectos de este tipo y no cuenten con recursos financieros suficientes. Actualmente se ha aprobado por parte de la Junta Directiva el financiamiento para proyectos de mantenimiento de las unidades locales y regionales en el año 2013 por un monto ¢1383 millones de colones (Paquete 1) y en proceso final de aprobación adicional de ¢7.002 millones de colones (Paquete 2), para un total de 283 trabajos y proyectos.

4. En cuanto a la logística, corresponde a las unidades locales, ya sea por región o por gerencia, establecer la logística necesaria para cumplir con lo que establece el Reglamento del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional, en concordancia con los recursos que le sean asignados para cumplir con el mismo.”

Como complemento a lo anterior, el 20 de setiembre de 2013, con el fin de aclarar dudas generales con respecto a la implementación del Reglamento de SIGMI, el Director de Mantenimiento Institucional, acompañado por funcionarios de esa Dirección a cargo del tema, participó en un Consejo de Directores y Administradores de Centros Médicos de la Subregión de Heredia”,

y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** tomar nota y solicitar a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías que, sobre el particular, dé respuesta al Dr. Marco A. Salazar Rivera, Coordinador Consejo de Directores y del Lic. Oscar Montero Sánchez, Coordinador Consejo de Administradores de la Subregión de Heredia.

ARTICULO 13°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 14°

Se tiene a la vista el oficio número GP 28.514-14 de fecha 8 de abril del año 2014, suscrito por el Lic. José Luis Quesada Martínez, Gerente de Pensiones, en el que comunica las acciones realizadas sobre lo resuelto en el artículo 27° de la sesión N° 8699, en que se acordó que las Gerencias presenten un informe sobre la atención de las recomendaciones del Equipo de Especialistas Nacionales. Al respecto, señala que mediante oficio N° DPI-165-14, firmado por el Dr. Roger Ballesteros Harley, Director de la Dirección de Planificación Institucional, se indicó que “... para atender el II la Junta Directiva priorizó las siguientes recomendaciones que se encuentran en estado de implementación, de modo que las gerencias responsables presenten un avance de las acciones realizadas”, por lo que informa que no se encuentra como responsable de ninguna de las acciones priorizadas de las recomendaciones del Equipo de Especialistas Nacionales y, por lo tanto, no le corresponde presentar ante la Junta Directiva ningún informe de avance. Para cumplir con el acuerdo III de la sesión N° 8699 (*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), señala que mediante el oficio N° GP-28.509-14 del 8 de abril del año 2014, instruyó al Lic. Robert Picado Mora, Enlace Gerencial de Planificación, para que “...según los lineamientos de la Dirección de Planificación, gestione la información oportunamente con cada una de las direcciones y prepare la “Plantilla de Informe de Avance de Proyectos de la Agenda Estratégica”, en el momento que se solicite el seguimiento de los Planes Tácticos Gerenciales”. Comunica a la Junta Directiva en acatamiento con lo solicitado y anotado en el Sistema de Seguimiento de Acuerdos de Junta Directiva en artículo 27° de la sesión N° 8699.

Se tiene que en el artículo 27° de la sesión N° 8699, celebrada el 6 de marzo del año 2014, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

“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 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”,*

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** tomar nota y hacerlo del conocimiento de la Dirección de Planificación Institucional, para lo correspondiente.

ARTICULO 15°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 16°

Se tiene a la vista el oficio número SGA-096-2014 de fecha 8 de abril del año 2014, suscrito por el Lic. Bernardo Benavides Benavides, Secretario Técnico de la Junta Directiva del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), en el cual manifiesta que por encargo de la Junta Directiva del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), mediante el acuerdo N° 082-2014-JD, tomado en la sesión ordinaria N° 4620 de fecha 24 de marzo de 2014, se acordó remitir un oficio a la Junta Directiva de la Caja, con el fin de solicitar nuevamente la asignación de un profesional en Medicina, para seguir brindando el servicio médico, no sólo al personal del INA de la Unidad

Regional Huetar Caribe sino también de toda la comunidad de dicha zona. Señala que en dicha Sede Regional cuentan desde hace varios años con la atención oportuna médica y altamente calificada de la Dra. Carla Alfaro Fajardo, quien tuvo a cargo tanto la atención de las personas funcionarios de ese recinto como del estudiantado que frecuenta la sede del INA. Indica que mediante el oficio N° ASL 0093*01/14 de fecha 24 de enero de 2014, remitido por el Dr. Daver Vidal Romero, Director Médico a.c. del Área de Salud de Limón, se les comunica la rescisión de la prestación de los servicios citados; una de las justificaciones es porque resulta atípica y particular la atención que se brinda en dicha Sede, porque no se categoriza como un EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud), por lo que no cuenta con el permiso sanitario correspondiente, además, la consulta no se refleja dentro de los Compromisos de Gestión. Dado lo anterior, la administración realizó una serie de gestiones con el fin de solventar la citada situación, entre las cuales remitieron oficios a la Dra. Daisy Corrales Díaz, Ministra de Salud, a la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva y a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, de las cuales a la fecha no se ha recibido respuesta. Eleva la siguiente petitoria:

“a) Que se dé continuidad legal al convenio efectuado entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Aprendizaje “Acta de entendimiento y cooperación para la atención integral en salud de las personas que laboran y estudian en el Instituto Nacional de Aprendizaje en el Cantón de Limón – 2008” suscrito entre ambas Instituciones. (Se anexa copia del mismo)

b) Se solicita la asignación de un profesional en medicina para que siga brindando el servicio, no solamente en la Unidad Regional Huetar Atlántica, sino a manera de colaboración, a toda la comunidad y poblaciones externas en dicha zona, tal y como se ha expresado anteriormente, según las posibilidades con que la Institución cuenta.

c) Se solicita una audiencia por parte de la Junta Directiva de nuestra Institución, con el fin de exponerles nuestra situación y la importancia de no cerrar el citado Centro de Salud.

Confiados de que esta misiva pueda tener su estimable atención y pronta respuesta, y estando a las órdenes para cualquier duda o comentario adicional”.

Anexa la comunicación del Acuerdo N° 082-2014-JD, que en lo que interesa dice el Por Tanto:

“Se acuerda por unanimidad de los miembros presentes a la hora de la votación:

Primero: *Solicitar a la Subgerencia Administrativa, en conjunto con la Secretaría Técnica, redactar una nota dirigida a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, solicitando la asignación, nuevamente un profesional en medicina, para seguir brindando el servicio médico, no sólo al personal del INA de la Unidad Regional Huetar Caribe, sino también de toda la comunidad en dicha zona, indicando también que el INA está totalmente anuente a seguir las disposiciones de la CCSS en ampliar la obra de infraestructura en las condiciones que se indique, con el fin de que se continúe brindando dicho servicio, y a la vez, solicitar una audiencia a la Junta Directiva de la CCSS, por parte de la Junta Directiva del INA, con el fin de exponerle la importancia de no cerrar el citado centro de salud.*

Segundo: *Solicitar a la Subgerencia Administrativa un informe para la Junta Directiva sobre el resultado de la reunión programada entre el Director de la*

Regional Huetar Caribe, señor Omar Wright Grant y el Director de la CCSS en la provincia de Limón.

Tercero: *Solicitar a la Gerencia General, realizar un estudio en los términos expuestos por el Vicepresidente Carlos Lizama Hernández, tal y como consta en actas, con el fin de valorar la viabilidad y conveniencia de asignar un médico de empresa en la Unidad Regional Huetar Caribe, en caso de que la respuesta por parte de la CCSS sea negativa”,*

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica para la atención correspondiente y que dé respuesta a las autoridades del INA, en cuanto al trámite dado a su gestión, en un plazo de quince días.

ARTICULO 17°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 18°

Se tiene a la vista la nota número CECR-PR-200-2014 (fax) de fecha 10 de abril del año 2014, que firma la Dra. Odette Chaves Morales, Presidenta del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, mediante la cual manifiestan que el Colegio de Enfermeras de Costa Rica ha suscrito con el Consejo General de Enfermería de España un Proyecto de Cooperación Internacional para el establecimiento de una plataforma virtual de buenas prácticas del acceso a la info enfermería, para fortalecer la atención integral y el diagnóstico de enfermería. Por medio de esta plataforma se podrá apoyar en la identificación de problema, etiología, síntomas, así como la clasificación de NANDA, utilizando modelos de cuidado de Henderson, los Patrones funcionales de Gordon, entre otros. Lo anterior, se fundamenta en una serie de principios entre las partes firmantes con el objeto de facilitar la integración de todas las entidades que participan en la Red de Enfermería Hispano Latino Americana, con el fin de llevar a cabo dicho proyecto, requiere el apoyo para los permisos con goce de salario de los siguientes profesionales en Enfermería que representan a la Institución:

- Dra. Olga Castro Vargas, Clínica Carlos Durán.
- Dra. Ligia Ramírez Villegas, Hospital de Heredia.
- Dra. Miriam Monge Navarro, Hospital de San Vito.
- Dra. Carolina Aguilar Montoya, Hospital San Rafael, Alajuela.
- Dra. Lizbeth Sánchez Barboza, Área de Salud de Coronado.
- Dr. Freisman Ruiz Rojas, Hospital México.

Señala que permanecerán en España del 19 de mayo al 30 de mayo del año 2014, el Colegio de Enfermeras financia la estadía y traslado; sin embargo, requiere del apoyo de la Junta Directiva de la Caja, debido a que se han gestionado los permisos en el nivel local y algunos indican que se

encuentran en la imposibilidad de brindarlo. La Coordinadora Nacional del Proyecto es la Dra. Olga Castro Vargas,

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Médica, para su atención, conforme en derecho corresponda.

ARTICULO 19°

Se conoce la comunicación de fecha 21 de abril del año 2014, que firma la Dra. Marjorie Romero Guevara, Apoderada Especial, In Vitro Diagnostics Centroamericana S.A; Wiener lab Group, en la cual solicitan la intervención para solventar el evidente quebranto, de acuerdo con lo que manifiesta, a las reglas y principios que rigen la contratación administrativa que se ha producido dentro del procedimiento licitatorio N° 2010LN-000016-1142, promovido para la adquisición de *“Hemogramas, pruebas para la determinación en forma automatizada”*. Refiere que su representada se ha visto obligada a solicitar en dos oportunidades el amparo de la Contraloría General de la República para que ejerciera control de legalidad respecto de los actos de adjudicación y readjudicación a favor de Capris S.A, dictados por la CCSS, por cuanto era evidente que su oferta había sido descalificada ilícitamente del concurso; indica que el ente Contralor en sus resoluciones concluyó en el primero de los casos *“que los argumentos esbozados por la Administración para excluir nuestro ofrecimiento violaban los principios de contratación administrativa; y, en el segundo, que la C.C.S.S. utilizó argumentos “extracartelarios” para descalificarnos”*. Señala una serie de antecedentes, nueva violación a los principios de contratación administrativa, en particular al de igualdad de trato y solicita que se instruya a las autoridades correspondientes para que se analicen las consideraciones contenidas en nuestro escrito de 18 de marzo del 2014 de la misma forma en que lo ha hecho respecto de las alegaciones formuladas por la firma Capris S.A, lo anterior a efecto de restablecer la legalidad en torno de lo actuado en el presente concurso.

El Director Loría Chaves manifiesta que en esta licitación, en el único punto que él intervino, fue justamente en que sostenía la tesis de que Siemens sí cumplía con el tema de laboratorios. Este es un tema muy complejo, porque los que más opinaron fueron los técnicos, quienes decían que no cumplía y él insistió en que si cumplía. Aquí hay un tema de transparencia, en el sentido de que los Directivos no conocen a profundidad algunos aspectos técnicos y necesitan confiar en los técnicos. Cree que la Auditoría debe revisar el tema puntual de laboratorios y el tema de por qué la Contraloría General de la República, en dos ocasiones, le da la razón a Siemens.

Indica el Director Gutiérrez Jiménez que quisiera reforzar el tema que el compañero Loría señala. Es cierto que los Directores no conocen de todos los temas, sería imposible, precisamente para eso están las Comisiones Técnicas, para eso está una Asesoría Legal, para eso está una Auditoría que llama la atención. Y aquí hay un aspecto que quisiera dejar clarísimo, en protección de los señores Directores y de la señora Presidenta Ejecutiva; si se recuerda, pasaron no pocas sesiones viendo este asunto, incluso él compartió información que tenía y algunas observaciones y dadas las preguntas que se hicieron, se atrasó en dos sesiones, porque se solicitó la presencia de los técnicos, quienes justificaron algunos de los puntos que estaba en zona gris y al final lo cierto del caso es que para la mayoría quedó claro que los criterios técnicos, consolidados, fundamentados, avalaban la aprobación de la licitación. Este asunto es muy importante que quede claro, porque se

está hablando de un proceso sumamente técnico, de aristas sumamente específicas que no son del conocimiento ni del expertis de la mayoría de los Directores; y dice la mayoría, para no faltarle el respeto a alguien que pueda conocer de este tema, pero por lo menos él no conoce los detalles técnicos. Así las cosas, le parece que es oportuno no solo enviarlo a quien tenga que enviársele, sino darle doble chequeo, porque también, si se está afectando a un proveedor y hay un error técnico, debe corregirse.

Considera la Directora Solera Picado que en todas las situaciones en que ha habido objeciones de la Contraloría General de la República, la Administración tiene que atenderlas en forma inmediata, para lo que tiene el respaldo de la Comisión, en este caso la Comisión Técnica. No sabe si se va a cambiar la decisión que se tomó en su momento, pero le parece que una vez analizado todo el proceso, tienen que venir aquí, a rendir cuentas, los técnicos que se encargaron de analizar el procedimiento.

Propone la doctora Balmaceda Arias que se devuelva el expediente a la Administración para que analice el planteamiento de la Contraloría General de la República, que la Auditoría revise todo el trámite y se vuelva a presentar a esta Junta Directiva.

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia de Logística para lo correspondiente.

Lo anterior, sin menoscabo de la revisión que pudiere realizar la Auditoría.

ARTICULO 20°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 21°

Se toma nota de la copia del oficio número 31016 de fecha 21 de abril del año 2014, que firma el Lic. Ólger Sánchez Carrillo, Subauditor Interno, dirigida al Dr. Taciano Lemos Pires, Director General del Hospital Calderón Guardia, por medio de la cual le remite oficio de adición y aclaración al informe N° AGO-216-2012 *“Sobre permisos con goce de salario concedidos a funcionarios del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, U.E. 2101”.*

ARTICULO 22°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 23°

Conocida la copia de la comunicación de fecha 21 de abril del año 2014, suscrita por la Sra. Vera Violeta Esquivel Rojas, dirigida a la Dra. Vanessa Ucles Villalobos, en la cual expresa su agradecimiento al Departamento de Fisiatría del Hospital Calderón Guardia por la atención recibida luego de la cirugía en su hombro; además, agradece al equipo médico que la atendió en sesión médica del 11-02-2014. Agradece al Terapeuta el Lic. Jorge Fernández y Lic. Francisco Piscina, por la atención recibida, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** tomar nota y hacerla del conocimiento del Director Médico del Hospital Calderón Guardia, así como de los licenciados Fernández y Piscina.

ARTICULO 24°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 25°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 26°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 27°

Se tiene a la vista el oficio de número DJ-02612-2014 de fecha 21 de abril del año 2014, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, la Licda. Mariana Ovarés Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y el Lic. Michael Montoya Jiménez, abogado de la Dirección Jurídica, en el cual atienden lo resuelto en el artículo 3° de la sesión N° 8619, en que se solicita que se defina jurídicamente lo que corresponda sobre el terreno en que se propone la construcción del nuevo EBAIS de La Lucha, y que se presenten a la Junta Directiva las respectivas propuestas de acción. El citado oficio textualmente se lee de este modo, en lo pertinente:

“Nos referimos a su atento oficio, número 11.708, mediante el cual solicita, se rinda criterio sobre los términos del oficio N ° GIT-36.254-12 de fecha 10 de diciembre del año 2012, remitido por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías.

En particular, después de la lectura del oficio de comentario, se advierte que la Administración activa está considerando construir un nuevo EBAIS, para atender a los asegurados que asistían al EBAIS de La Lucha, mismo que se vio afectado por el paso del Huracán Thomas a finales del año 2010.

Para tal efecto se está considerando utilizar el terreno ubicado en el Distrito de San Cristóbal, finca número SJ-1602147-000, plano catastrado número 1187191-2007, cuyo propietario es la CCSS. Además se desprende del oficio; que la Asociación de Desarrollo Integral de Barrio Cristo Rey de San Cristóbal, además de haber donado este terreno, aportó el estudio de suelos y topográficos del terreno, así como la certificación de Uso de Suelo con el fin de que se realice el nuevo EBAIS.

En igual sentido, se verifica que la Administración activa, refiere que este proyecto se ha venido gestando como parte del Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, siendo en un principio promovido por la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, y hoy en día es la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías la que lo propone. Además se indica que funcionarios de la Dirección Administración de Proyectos Especiales, han realizado visitas de reconocimiento técnico del terreno, como fase previa a la etapa de diseño, siendo que se requiere una adecuación de Planos Constructivos, además de contar con los permisos de la Secretaria Técnica Nacional Ambiental (SETENA), los permisos de la Municipalidad de Desamparados y del Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos (CFIA).

Así mismo, se advierte en el oficio N ° GIT-36.254-12, que este proyecto está identificado como una necesidad de inversión para ser incorporado en la programación quinquenal de asignación de recursos como parte del Portafolio de Proyectos de Inversión, y forma parte del listado de proyectos que la Gerencia Médica analiza para definir prioridades de inversión en el primer nivel de atención.

Bajo este escenario y considerando lo puntualizado por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, en particular; que la construcción de un edificio para albergar la Sede del EBAIS La Lucha es una necesidad identificada por la Institución, de que no se trata de un servicio nuevo, de que existe un terreno propiedad de la CCSS que se puede utilizar para este efecto, aunado a que se cuenta con empresas precalificadas para la construcción de proyectos de baja complejidad, como sedes de EBAIS tipo 1 y puestos de Visita Periódica, lo que facilita y agiliza las contrataciones, así como que existen diseños de prototipo de estos, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, en donde recomiendan a los Señores (as) Miembros de Junta Directiva, instruir la priorización y ejecución del Proyecto Construcción y Equipamiento de un edificio para albergar la Sede del EBAIS la Lucha.

Ante lo referido, la máxima autoridad de la Institución, Junta Directiva, remite formal solicitud a la Dirección Jurídica, para que “defina jurídicamente lo que

corresponda con la citada propiedad y que se presente a la Junta Directiva las respectivas propuestas de acción”.

En atención al contenido del oficio remitido, tiene claro esta Dependencia que existe una necesidad de dotar de un Centro de Salud a los asegurados que eran atendidos en el EBAIS de La Lucha de Desamparados, siendo que para tal efecto se está considerando utilizar el terreno Institucional, finca número SJ-1602147-000, plano catastrado número 1187191-2007, y construirlo utilizando para este efecto, los proveedores precalificados que se tienen, así como los planos y demás condiciones referenciadas que hacen viable este proyecto.

En este sentido, después de verificar la información remitida, de frente a los antecedentes de la donación que se custodian en esta Dependencia, en primer lugar debe aclararse que el terreno que fue donado por la Asociación de Desarrollo Integral de Barrio Cristo Rey de San Cristóbal, y que es propiedad de la CCSS es la finca N ° 627052, plano catastrado número SJ-1537794-2011, situada en el Distrito 8, San Cristóbal en el Cantón 3, Desamparados de la Provincia de San José, cuya medida es de mil metros cuadrados.

Por otra parte, debe verificar la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, si el terreno que se propone para construir el nuevo EBAIS de La Lucha, es el que señalamos, o en su efecto si existe otro terreno que se encuentra en trámite de donación. Además se torna necesario, si el terreno es el que esta Asesoría refiere, que aclare si las actuaciones y estudios realizados corresponden a este inmueble.

No obstante, de verificarse que es el terreno advertido, siendo que la Administración activa considera viable construir el EBAIS La Lucha, en consideración a que el mismo es apto para tal fin, no existe desde la óptica de esta Asesoría impedimento para que la Junta Directiva acuerde la construcción del nuevo EBAIS La Lucha en el terreno descrito, claro que para este efecto, previo debe verificarse, que se mantienen las condiciones que sirvieron de sustento a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para hacer la propuesta, así como que, instruya a la Administración activa, a verificar que se cumpla con el procedimiento de contratación administrativa que corresponda para este efecto.

En consideración a lo referido, se recomienda a la Junta Directiva, solicitar aclaración a la Gerencia de Tecnologías y Infraestructura, en cuanto al terreno que se está proponiendo para realizar la construcción del nuevo EBAIS de La Lucha, así como que aclare, si los estudios realizados corresponden a este, de ser afirmativo la respuesta, se recomienda a la Junta Directiva avalar la propuesta realizada por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, y disponer del terreno que se describe como finca N ° 627052, plano catastrado número SJ-1537794-2011, situada en el Distrito 8, San Cristóbal en el Cantón 3, Desamparados de la Provincia de San José; para la construcción del nuevo EBAIS La Lucha.

Como corolario de lo referido, se recomienda a la Junta Directiva, que solicite aclaración a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, sobre el inmueble en que se propone realizar la construcción del nuevo EBAIS de La Lucha. Así como, que aclare si los estudios técnicos realizados y demás estudios necesarios para

considerar viable la propuesta, le corresponden al inmueble que advierte esta Dependencia. En el caso de que la respuesta sea afirmativa, ante la gestión formulada por la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, tomando en consideración que la Administración activa hizo los estudios de rigor, así como realizó el análisis necesario para identificar y señalar al inmueble de referencia como el más apto para construir el EBAIS de La Lucha, se recomienda a la Junta Directiva, siendo que desde el punto de vista legal, no existe impedimento, salvo los contar con los permisos de rigor, aprobar la utilización del terreno ubicado en el Distrito 8, San Cristóbal en el Cantón 3, Desamparados de la Provincia de San José, finca ° 627052, plano catastrado número SJ-1537794-2011, para el fin propuesto”.

Por consiguiente, acogida la citada recomendación y la propuesta de acuerdo de la Dirección Jurídica y con fundamento en lo ahí expuesto, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para que aclare, si el terreno en que se propone la construcción del nuevo EBAIS de La Lucha, es el situado en el Distrito 8, San Cristóbal en el Cantón 3, Desamparados de la Provincia de San José, la finca N ° 627052, plano catastrado número SJ-1537794-2011, cuya medida es de mil metros cuadrados. Además, debe indicar si los estudios técnicos referenciados en el oficio N° GIT-36.254-12 de fecha 10 de diciembre del año 2012, le corresponden a este inmueble. Lo anterior, previo, a avalar la utilización de este terreno para la construcción del nuevo EBAIS La Lucha.

Asimismo, se solicita a la citada Gerencia que informe a la Junta Directiva sobre lo actuado.

ARTICULO 28°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 29°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 30°

Se tienen a la vista las notas números:

- a) DJ-02601-2014 de fecha 21 de abril del año 2014, que firman el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, y las licenciadas Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y María Isabel Albert y Lorenzana, abogada de la Dirección Jurídica (estudio y redacción), en la cual atienden lo resuelto en el artículo 35° de la sesión N° 8703, en que se solicita criterio en relación con la petición realizada por la Junta Directiva del Colegio de Terapeutas de Costa Rica tendiente a que se indique

si el derecho de que goza la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos en relación con los funcionarios de la Caja para tener cuatro horas semanales para sesionar, cobija también a los funcionarios de la Institución que forman parte de la Junta Directiva del Colegio de Terapeutas de Costa Rica. La citada nota literalmente se lee de este modo:

“ANTECEDENTES:

El acuerdo de Junta Directiva artículo 35° de la sesión N° 8703, celebrada el 20 de marzo de 2014 señala en lo conducente lo siguiente:

"ARTÍCULO 35⁰

ACUERDO SEGUNDO: *se conoce la nota número JD-CTCR-17-03-2014, de fecha 17 de marzo del año 2014, suscrita por el Dr. Francisco López Álvarez, Presidente del Colegio de Terapeutas de Costa Rica, mediante la cual solicita que se le indique si el derecho de que goza la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos en relación con los funcionarios de la Caja para tener cuatro horas semanales para sesiones, también incluye a los funcionarios de la Caja que forman parte de la Junta Directiva del Colegio de Terapeutas de Costa Rica, lo mismo para actividades del Presidente del citado Colegio, para cuando tiene que representarlo. Indica que lo anterior, por cuanto ese derecho lo gozan Juntas Directivas como del Colegio de Médicos, Colegio de Enfermeras, entre otros; en su caso, lo requieren para sesiones y cumplir con actividades en donde el Colegio debe ser representado. Dado lo anterior, eleva la consulta para valorar la posibilidad de lo solicitado.*

Se tiene que *en el artículo 4⁰ de la sesión N° 8641, celebrada el 27 de mayo del año 2013, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:*

"Se tiene a la vista el oficio número DJ 25 71-2013 de fecha 22 de abril del año 2013, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, y las licenciadas Mariana Ovarés Aguilar, Jefe a. i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y Mayra Acevedo Matamoros, abogada de la Dirección, Jurídica (estudio y redacción), en el que atienden lo resuelto en el artículo 7° de la sesión N° 8626, en que se solicita que se redacte la propuesta de acuerdo relacionada con el criterio expuesto en oficio DJ 1338-2013, en cuanto al régimen de permisos y licencias de la Caja. Al respecto, proponen el siguiente texto:

"PROPUESTA DE ACUERDO:

La Junta Directiva de conformidad con la recomendación de la Dirección Jurídica, según oficio número DJ 1338-2013-2013, acuerda:

ÚNICO: *En apego al principio de legalidad, de igualdad de trato y de resguardo de los fondos públicos, se ordena que en los casos en que se soliciten permisos para asistir a sesiones de órganos colegiados externos de la Caja, se debe estar a lo dispuesto en el artículo 15 de la sesión 8620 del 24 de enero del 2013. En ese sentido, se anula en su totalidad el artículo 11 de la sesión número 7025 celebrada el 13 de mayo de 1996 que solo fue anulada en lo conducente para el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, con la finalidad de hacer extensiva la prohibición a cualquier otro órgano colegiado*

externo a la Caja".

Se tiene que en el artículo 12^o de la sesión N° 8634, celebrada el 9 de abril del año 2013, se adoptó la resolución que literalmente se lee así:

"ARTICULO 12•

CONSIDERANDO

En razón de que, de conformidad con lo indicado por la Dirección Jurídica mediante el oficio número DJ-2214-2013, del 8 de este mes, mediante resolución oral del día 4 de abril del presente año, el Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo, acogió la medida cautelar interpuesta por personeros del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en relación con lo resuelto por esta Junta Directiva sobre el tema de los "permisos con goce de salario" de funcionarios —médicos- de esta Entidad para asistir a diferentes actividades propias de ese Colegio, y dispuso, en lo conducente:

"... se revoca la resolución apelada número 339-2013 de las 11:30 del 19 de febrero del 2013, en su lugar se acoge la medida cautelar en los siguientes términos: se suspenden los efectos del artículo 15 de las sesión 8620 de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social celebra el 24 de enero del 2013, deberán las autoridades de la CCSS otorgar a los integrantes de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y cirujanos de Costa Rica conceder permiso con goce de salario los días miércoles de cada semana de las 7 horas a las 16 horas a fin de que asistan a las sesiones de dicho órgano, así como permitírseles asistir a las actividades propias de las comisiones y órganos que integren en este último caso la licencia no podrá exceder de cuatro horas a la semana a cada uno de los mismos, esta última medida es extensiva a los otros profesionales de la institución que integren comisiones en órganos de representación en esa corporación".

Por tanto, esta Junta Directiva, por respeto al fallo antes aludido y en los términos dichos **ACUERDA:**

a) *Instruir a la Administración (Gerencia Médica), para que tome las acciones necesarias a efecto de dar cumplimiento a lo ordenado en la resolución antes aludida.*

b) *Sin menoscabo de lo anterior, están llamadas las jefaturas correspondientes, a exigir a los interesados, que presenten un prospecto de los permisos y a los fines que lo requieren, de previo. Además, la programación del lapso en que serán otorgados esos permisos, deberá ser acorde con la atención y satisfacción del servicio público prestado, que deber ser prioridad en todo momento. Esto en el entendido de que las horas que se otorgarán a tales fines son estrictamente las señaladas en la mencionada resolución, siendo que los interesados dispondrán de ellas, incluido el tiempo de traslado al lugar respectivo.*

Finalmente, *se da por recibida la información remitida por la Dirección Jurídica y se queda a la espera de lo que se resuelva en la vía contenciosa", y la Junta Directiva ACUERDA trasladarla a la Dirección Jurídica para que, en el contexto de las acciones que están en curso, emita criterio.*

ACUERDO FIRME."

CRITERIO JURIDICO

Esta Dirección Jurídica ya se había referido a este mismo tema, por lo que para atender lo consultado es importante citar el oficio DJ-6731-2013 del 14 de octubre de 2013, el cual en lo conducente señaló:

“(…) el otorgamiento de permisos, sean estas con o sin disfrute de salario, este o no regulado expresamente, debe estar subordinado al ordenamiento jurídico vigente en cuanto a la satisfacción del interés público y al buen uso de los recursos públicos, superado ese examen queda entonces a criterio de la autoridad correspondiente determinar si la aprueba o no.

Ahora bien, por el principio de legalidad que debe privar en toda Administración Pública, la Caja ha regulado los permisos mediante la Normativa de Relaciones Laborales, el Reglamento de capacitación y formación y el Reglamento interior de Trabajo. Sin embargo, aunque en ellos se detallan un buen número de situaciones en que proceden los permisos, debe aclararse que los ahí establecidos no constituyen numerus clausus, porque se recuerda que la Administración – por su facultad de discreción – puede determinar otros tipos de permisos distintos a los descritos por la norma.

En lo que corresponde al caso particular de los permisos para asistir a sesiones de órganos colegiados externos, como por ejemplo, Operadoras de Pensiones y Colegios Profesionales –tal como se había indicado en el oficio DJ 1338-2013- esta Dirección no encontró referencia normativa específica, constando únicamente cuatro acuerdos de Junta Directiva¹ que en términos generales, concedían la oportunidad de acudir a las referidas sesiones por un período de cuatro horas por semana. No obstante, estos acuerdos ya fueron anulados mediante artículo 15 de la sesión 8620 del 24 de enero de 2013, en razón a criterio legal emitido por esta Dirección en el referido oficio, en el cual se hizo referencia a la ilegalidad de conceder a profesionales en medicina permisos con goce de salario para que asistan a sesiones de órganos colegiados externos durante la jornada laboral.

Concretamente en el oficio DJ 484-2013 del 24 de enero de los corrientes, esta Asesoría indicó:

“(…) un funcionario solo podrá acudir a tales sesiones en el tanto sean fuera de la jornada laboral ordinaria, toda vez que aún y cuando la Administración tiene facultad discrecional para otorgar tales permisos, para estos casos en particular se estaría sobrepasando los límites establecidos legalmente en los artículos 15 y 16 de la Ley General de la Administración Pública.²

¹ Dichos acuerdos estaban contemplados en: artículo 11 de la sesión número 7025 celebrada el 13 de mayo de 1996, en lo conducente; artículo 25 de la sesión 7535 celebrada el 22 de marzo del 2001; artículo 10 de la sesión 7839 del 04 de marzo del año 2004 y artículo 12 de la sesión 7861 celebrada el 27 de mayo del 2004.

² Dichas normas disponen lo siguiente: “**Artículo 15-** 1. La discrecionalidad podrá darse incluso por ausencia de ley en el caso concreto, pero estará sometida en todo caso a los límites que le impone el ordenamiento expresa o

En conclusión, no cabe otorgar permisos ni siquiera si estos son sin goce de salario porque se está afectando la continuidad y eficiencia en la prestación del servicio público y se están desviando fondos públicos a fines distintos para lo que están creados (en el caso de la Caja contradice la prohibición del art. 73 constitucional). Esto por cuanto el funcionario no puede estar devengando salario por una actividad que no realiza por estar ocupado en tareas ajenas a las establecidas para su puesto de trabajo, el cual debe cumplir en forma completa.”

Tal tesis ha apoyada en diversos criterios de la Procuraduría General de la República, en donde señala:

*“(…) improcedente el otorgamiento de un permiso sin goce de salario para asistir a una sesión de un órgano colegiado que se realice en horas laborales, período durante el cual el funcionario que ocupa una plaza asalariada en otra institución debe encontrarse laborando en ésta. /(toda vez) **que las actividades adicionales ajenas a su puesto que un funcionario pueda desempeñar se realicen una vez cumplida su jornada**, pues a fin de cuentas el objetivo que permea estas disposiciones es que el funcionario no desatienda indebidamente las labores sustantivas de su puesto, pues con ello se deteriora la eficiente y adecuada prestación del servicio público./(...) Recordemos que tal exigencia tiende a evitar que las labores y responsabilidades públicas se descuiden o sean atendidas en una forma indebida o ineficiente, lo cual cobra importancia al tomar en cuenta que justamente la eficiencia es uno de los principios que inspiran la prestación de los servicios públicos, de conformidad con el artículo 4° de la Ley General de la Administración Pública./(...) Lo anterior, por cuanto el salario con el cual se retribuye la relación de servicio con el Estado apareja una serie de obligaciones, siendo una de las más importantes el efectivo cumplimiento de las labores del cargo, obligación que no puede atenderse apropiadamente si dentro de la jornada el funcionario se distrae en actividades o funciones ajenas a su puesto, aún cuando se trate de labores para otra institución pública.”³ Destacado corresponde al original.*

Es por tal razón, que en esa oportunidad se alertó sobre la inviabilidad legal de otorgarlos -aún cuando fueran sin goce de salario- por cuanto violentaban los principios de continuidad y eficiencia del servicio público y particularmente, la prohibición constitucional establecida en el artículo 73, cual es no utilizar recursos institucionales para fines distintos a la seguridad social.

Dicho en otras palabras, esa imposibilidad de otorgar permisos para asistir a sesiones de órganos colegiados externos, tiene como finalidad el evitar que las labores y responsabilidades públicas se descuiden o sean atendidas en una forma indebida o ineficiente y que además, se haga un desvío de fondos

implícitamente, para lograr que su ejercicio sea eficiente y razonable./ 2. El Juez ejercerá contralor de legalidad sobre los aspectos reglados del acto discrecional y sobre la observancia de sus límites.

Artículo 16- 1. En ningún caso podrán dictarse actos contrarios a reglas unívocas de la ciencia o de la técnica, o a principios elementales de justicia, lógica o conveniencia. /2. El Juez podrá controlar la conformidad con estas reglas no jurídicas de los elementos discrecionales del acto, como si ejerciera contralor de legalidad.”

³ C 069-2009 del 10 de marzo de 2009.

públicos, por cuanto se estaría reconociendo salarios a funcionarios sin que éste cumpla con sus labores.

Lo anterior, por cuanto el salario con el cual se retribuye la relación de servicio con el Estado conlleva una serie de obligaciones, entre las que destacan el efectivo cumplimiento de las labores del cargo; deber que no puede atenderse apropiadamente si dentro de la jornada el servidor se distrae en actividades o funciones ajenas a su puesto de trabajo.

Importa mencionar que tal criterio se hizo extensible para todos los funcionarios institucionales que participaran o actuaran como miembros de órganos colegiados externos.

En ese sentido, pese a que los acuerdos de Junta Directiva que concedía ese tipo de permisos fueron anulados, se dejó a discreción de las jefaturas valorar la pertinencia de otorgarlos en el tanto se estime que no se va a generar una afectación al servicio público y mientras sean sin goce de salario.

Así quedó contemplado en el acuerdo ya mencionado (artículo 15 de la sesión 8620 del 24 de enero de 2013), en donde la Junta Directiva dispuso:

*“Con vista en el criterio de la Dirección Jurídica, que consta en el oficio número DJ 484-2013, se **acuerda** anular los acuerdos de Junta Directiva adoptados en: artículo 11° de la sesión N° 7025, celebrada el 13 de mayo de 1996, en lo conducente; artículo 25° de la sesión N° 7535, celebrada el 22 de marzo del año 2001; artículo 10° de la sesión N° 7839 del 04 de marzo del año 2004 y artículo 12 de la sesión N° 7861, celebrada el 27 de mayo del 2004, por cuanto, conforme con la jurisprudencia reciente de la Procuraduría General de la República contienen vicios de ilegalidad, toda vez que conceder permisos con goce de salario para que funcionarios institucionales acudan a sesiones de órganos colegiados no pertenecientes a la Caja implicaría afectar la continuidad y eficiencia en la prestación del servicio público y el desvío de fondos públicos a fines distintos para lo que están creados.*

***Se aclara que no significa que lo aquí dispuesto impida que, tratándose de permisos sin goce de salario, queda al criterio de las jefaturas correspondientes, salvaguardando en todo momento la continuidad y eficiencia en la prestación del servicio.**” Negrita es nuestra.*

No obstante, en razón a que actualmente el Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo acogió una medida cautelar interpuesta por el Colegio de Médicos contra el acuerdo de Junta Directiva arriba citado,⁴ se acordó en artículo 12 de la sesión 8634 del 9 de abril de 2013 variar lo antes dispuesto en los siguientes términos:

“ En razón de que, de conformidad con lo indicado por la Dirección Jurídica mediante el oficio número DJ-2214-2013, del 8 de este mes, mediante resolución oral del día 4 de abril del presente año, el Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo, acogió la medida cautelar interpuesta por

⁴ Resolución dictada en forma oral por el Tribunal Contencioso Administrativo y Civil de Hacienda, el 4 de abril de 2013.

personeros del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en relación con lo resuelto por esta Junta Directiva sobre el tema de los “permisos con goce de salario” de funcionarios –médicos- de esta Entidad para asistir a diferentes actividades propias de ese Colegio, y dispuso, en lo conducente:

“... se revoca la resolución apelada número 339-2013 de las 11:30 del 19 de febrero del 2013, en su lugar se acoge la medida cautelar en los siguientes términos: se suspenden los efectos del artículo 15 de la sesión 8620 de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social celebra el 24 de enero del 2013, deberán las autoridades de la CCSS otorgar a los integrantes de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y cirujanos de Costa Rica conceder permiso con goce de salario los días miércoles de cada semana de las 7 horas a las 16 horas a fin de que asistan a las sesiones de dicho órgano, así como permitírseles asistir a las actividades propias de las comisiones y órganos que integren en este último caso la licencia no podrá exceder de cuatro horas a la semana a cada uno de los mismos, esta última medida es extensiva a los otros profesionales de la institución que integren comisiones en órganos de representación en esa corporación”.

Por tanto, esta Junta Directiva, por respeto al fallo antes aludido y en los términos dichos **ACUERDA:**

a) Instruir a la Administración (Gerencia Médica), para que tome las acciones necesarias a efecto de dar cumplimiento a lo ordenado en la resolución antes aludida.

b) Sin menoscabo de lo anterior, están llamadas las jefaturas correspondientes, a exigir a los interesados, que presenten un prospecto de los permisos y a los fines que lo requieren, de previo. Además, la programación del lapso en que serán otorgados esos permisos, deberá ser acorde con la atención y satisfacción del servicio público prestado, que deber ser prioridad en todo momento. Esto en el entendido de que las horas que se otorgarán a tales fines son estrictamente las señaladas en la mencionada resolución, siendo que los interesados dispondrán de ellas, incluido el tiempo de traslado al lugar respectivo.

Finalmente, se da por recibida la información remitida por la Dirección Jurídica y se queda a la espera de lo que se resuelva en la vía contenciosa.”
Negrita corresponde al original

Tal como lo desprendemos de lo citado, la Caja está otorgando permisos a los profesionales que integran comisiones u órganos en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, por cuanto a la fecha existe una resolución expresa del Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo que así lo autoriza para dichos casos.⁵

⁵ Importa mencionar que de acuerdo con nuestros registros internos, actualmente se está discutiendo el tema en la vía contencioso administrativa a través de un proceso ordinario de conocimiento bajo el expediente 13-000876-1027-CA.

Sin embargo, estima esta Asesoría que la redacción del último acuerdo adoptado por la Junta Directiva, sea el artículo 12 de la sesión 8634 del 9 de abril de 2013, específicamente en su punto b), no hace tal distinción porque lo que se entiende que viene a regular los permisos en forma general. Dicho en otras palabras, podría entenderse que va dirigido a todo funcionario que sea miembro de órganos o comisiones de cualquier colegio profesional, como por ejemplo, al Colegio de Terapeutas de Costa Rica.

De ese modo, con base en todo lo expuesto, se recomienda a la consultante, en apego al principio de legalidad y de igualdad de trato, aplicar lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 12 de la sesión 8634 del 9 de abril de 2013 - en el tanto este vigente la medida cautelar- a todos aquellos profesionales que pertenezcan a órganos de colegios profesionales distintos al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (...)

De lo anterior se colige que, actualmente existe un proceso judicial en el Tribunal Contencioso Administrativo, el cual se encuentra en trámite, bajo el número de expediente 13-000876-1027-CA, dentro del cual se dictó una medida cautelar que suspende los efectos del acuerdo de Junta Directiva artículo 15 de la sesión 8620, celebrada el 24 de enero de 2013, dicha medida señala que:

“(...) Deberán las autoridades de la CCSS otorgar a los integrantes de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y cirujanos de Costa Rica conceder permiso con goce de salario los días miércoles de cada semana de las 7 horas a las 16 horas a fin de que asistan a las sesiones de dicho órgano, así como permitirseles asistir a las actividades propias de las comisiones y órganos que integren en este último caso la licencia no podrá exceder de cuatro horas a la semana a cada uno de los mismos, esta última medida es extensiva a los otros profesionales de la institución que integren comisiones en órganos de representación en esa corporación. (...)”

Ahora bien, lo anterior no quiere decir que la Junta Directiva ha cambiado de criterio en cuanto a eliminar los acuerdos que autorizaban los permisos, sino que únicamente el acuerdo de Junta Directiva quedó suspendido por la medida cautelar, la cual, al ser de carácter general, por lo tanto afecta no sólo al Colegio de Médicos, sino que también se hace extensivo a los miembros de todos los demás colegios profesionales, por lo que, en aras de resguardar el principio de igualdad y no discriminación, los efectos de dicho acuerdo quedan suspendidos también para los demás colegios profesionales, hasta tanto no se levante la medida cautelar interpuesta, por lo tanto la Jefatura podrá otorgar los permisos de cuatro horas semanales para sesionar, siempre y cuando no se altere la continuidad del servicio.

Al respecto la Junta Directiva señaló en el artículo 12 de la sesión N° 8634, celebrada el 9 de abril de 2013:

*(...) **Por tanto**, esta Junta Directiva, por respeto al fallo antes aludido y en los términos dichos **ACUERDA:***

a) Instruir a la Administración (Gerencia Médica), para que tome las acciones necesarias a efecto de dar cumplimiento a lo ordenado en la resolución antes aludida.

b) Sin menoscabo de lo anterior, están llamadas las jefaturas correspondientes, a exigir a los interesados, que presenten un prospecto de los permisos y a los fines que lo requieren, de previo. Además, la programación del lapso en que serán otorgados esos permisos, deberá ser acorde con la atención y satisfacción del servicio público prestado, que deber

ser prioridad en todo momento. Esto en el entendido de que las horas que se otorgarán a tales fines son estrictamente las señaladas en la mencionada resolución, siendo que los interesados dispondrán de ellas, incluido el tiempo de traslado al lugar respectivo. (...) La negrita y el subrayado no son del original.

Dicho en otras palabras, cumpliendo con lo señalado por la Junta Directiva, es factible que las Jefaturas correspondientes otorguen los permisos a los funcionarios de la Caja, miembros de la Junta Directiva del Colegio de Terapeutas de Costa Rica para asistir a las sesiones en los términos ya indicados, en el tanto siga vigente la medida cautelar que suspende los efectos del acuerdo de Junta Directiva artículo 15 de la sesión 8620, celebrada el 24 de enero de 2013.

RECOMENDACIÓN

En virtud del análisis anterior, se recomienda:

En respuesta a lo consultado, indicar al Colegio de Terapeutas de Costa Rica que, en el tanto se encuentre vigente la medida cautelar interpuesta por el Colegio de Médicos, ante el Tribunal Contencioso Administrativo, que suspende los efectos del acuerdo de Junta Directiva artículo 15 de la sesión 8620, celebrada el 24 de enero de 2013, es factible que las Jefaturas concedan los permisos solicitados, tomando en cuenta que no se afecte la atención y satisfacción del servicio público prestado, que debe ser prioridad en todo momento, de conformidad con lo señalado en el artículo 12 de la sesión N° 8634, celebrada el 9 de abril de 2013.

PROPUESTA DE ACUERDO:

La Junta Directiva de conformidad con la recomendación de la Dirección Jurídica, según oficio DJ-02601-2014, acuerda:

En respuesta a lo consultado, indicar al Colegio de Terapeutas de Costa Rica que, en el tanto se encuentre vigente la medida cautelar interpuesta por el Colegio de Médicos, ante el Tribunal Contencioso Administrativo, que suspende los efectos del acuerdo de Junta Directiva artículo 15 de la sesión 8620, celebrada el 24 de enero de 2013, es factible que las Jefaturas concedan los permisos solicitados, tomando en cuenta que no se afecte la atención y satisfacción del servicio público prestado, que debe ser prioridad en todo momento, de conformidad con lo señalado en el artículo 12 de la sesión N° 8634, celebrada el 9 de abril de 2013”.

- b) DJ-2687-2014, de fecha 23 de abril del año 2014, que en adelante se transcribe, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico y la Licda. Mariana Ovarés Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica de la Dirección Jurídica, en el cual atienden lo resuelto en el artículo 19° de la sesión N° 8664, en que se solicita criterio respecto del oficio número CTCR-M.B.A 18-9-2013 del 18 de setiembre del año 2013, emitido por el Colegio de Terapeutas de Costa Rica, en donde se pide que se aclare que “(...) si el derecho de permiso con goce de salario para sesiones de Junta Directiva que se ha establecido para el Colegio de Médicos y Colegios profesionales,

cobija también el principio de no discriminación a los funcionarios de la CCSS miembros de la Junta Directiva del Colegio de Terapeutas de CR”:

“Tal como esta Dirección expuso en oficio DJ 1338-2013 del 18 de febrero de 2013, los permisos que se conceden a los trabajadores no se encuentran regulados por el Código de Trabajo, por lo que cada centro de trabajo –sea público o privado- es quien a lo interno establece las formas y las condiciones bajo las cuales se conceden.

*En ese sentido, se ha entendido que constituyen actos **discrecionales** emitidos por el patrono a favor de sus trabajadores para garantizar la protección de ciertos derechos constitucionales como por ejemplo, la salud (permiso para asistir a citas médicas); libertad sindical (licencias y permisos para asistir a actividad es sindicales); protección de la familia (permisos para asistir a sepelios, reuniones escolares, matrimonios, etc.); protección de la madre y el niño (licencias de maternidad y lactancia).*

De ahí entonces que se parta de la tesis de que su naturaleza es discrecional. Al respecto, se ha dicho:

*“Hemos afirmado que el otorgamiento de esta clase de **permisos constituye una mera facultad y no una obligación para el jerarca**, el cual tiene la potestad de valorar los motivos en que se fundamenta la correspondiente solicitud y determinar discrecionalmente si cabe la concesión de tal beneficio, sopesando las consecuencias que ello pueda tener sobre la prestación de los servicios en la institución, las condiciones del funcionario de que se trate, etc., con apego a principios de justicia, conveniencia y objetividad.”^[1] Destacado no corresponde al original.*

Insistiendo sobre tal punto, pero expresado en otras palabras, se ha indicado:

“(...) debemos advertir que el otorgamiento del permiso o licencia es una facultad y no una obligación del jerarca ya que el mismo puede valorar las circunstancias o motivos que lo fundamentan y así determinar si es posible su concesión, es decir, supone una facultad discrecional de la Administración, que podrá concederlo en la medida en que no se afecte el buen servicio público.”^[2]

De manera más detallada, la Procuraduría General de la República ha expuesto:

“(...) en lo que respecta a la posibilidad de otorgar licencias o permisos a funcionarios públicos, ello deviene, en tesis de principio, de la propia potestad que ostenta la Administración Pública para la prestación efectiva y eficiente del servicio público en pro de la colectividad. Sin embargo tal discrecionalidad no es irrestricta, pues como ya lo hemos indicado en diversas ocasiones, otorgar ese tipo de concesión a servidores o funcionarios públicos para ausentarse de sus labores, debe anteceder de justificación razonable y fundamento jurídico suficiente, a fin de que el acto que se emita en cada caso, sea válido y eficaz, tal y como lo disponen los artículos 128, 129,130 y 131,

^[1] Dictamen C-142-2008 del 5 de mayo del 2008.

^[2] Dictamen C-142-2008.

siguientes y concordantes de la Ley General de la Administración Pública; es decir, cualquier licencia o permiso que otorgue la Administración a sus funcionarios deberá estar conforme con el ordenamiento jurídico, pues de lo contrario se infringiría el principio de legalidad, a que se encuentra obligado todo funcionario o servidor público a cumplir, en virtud de los principios cardinales contenidos en los artículos 11 de la Constitución Política y 11 de la Ley General de la Administración Pública. En este sentido, esta Procuraduría ha señalado atinadamente, que:

*“Es importante señalar, en términos generales, que en nuestro ordenamiento jurídico, la posibilidad de otorgar permisos a servidores o funcionarios públicos para ausentarse de sus labores, deviene de la natural potestad que ejerce la Administración Pública para la consecución de sus fines en pro de la colectividad. Potestad discrecional que vale enfatizar, se encuentra sujeta al principio de legalidad estipulado en el artículo 11 de la Constitución Política, en virtud del cual, **“ Los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad. Están obligados a cumplir los deberes que la ley les impone y no pueden arrogarse facultades no concedidas en ella. Postulado que se desarrolla en el artículo 11. 1 de la Ley General de la Administración Pública que prescribe que, “La Administración Pública actuará sometida al ordenamiento jurídico y sólo podrá realizar aquellos actos o prestar aquellos servicios que autorice dicho ordenamiento, según la escala jerárquica de sus fuentes.” De ahí que, bajo ese norte, se ha establecido, expresamente, en el artículo 15 Ibid, que “La discrecionalidad podrá darse incluso por ausencia de ley en el caso concreto, pero estará sometida en todo caso a los límites que le impone el ordenamiento expresa o implícitamente, para lograr que su ejercicio sea eficiente y razonable”.** Así, por ejemplo, la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, ha explicado en lo conducente, que:*

“... En el caso de actos producto del ejercicio de una potestad discrecional, éstos se componen de elementos legalmente determinados y de otros configurados por la apreciación subjetiva de la Administración ejecutora. La discrecionalidad es esencialmente la libertad de elección que tiene la Administración, de escoger entre una pluralidad de alternativas, todas igualmente justas, según su propia iniciativa, por no estar la solución concreta dentro de la norma. Esta libertad de la Administración no es arbitraria, su existencia tiene su fundamento en la Ley y su ejercicio está delimitado en ésta.”

(Sentencia Número 19 de las 14:40horas del 2 de abril de 1997)

De manera que, es criterio de este Órgano Asesor, que pese la potestad discrecional que puede poseer la Administración Pública en ciertas actuaciones como la de consulta, su ejercicio debe ser conforme con el ordenamiento jurídico que le rige (...).” ^[3]Negrita corresponde al original.

Coincidente con lo anterior, la Sala Constitucional ha convenido aclarar que los permisos (...) no constituye (n) derecho fundamental, y ni tan siquiera una garantía laboral en sí, sino que más bien se trata de un beneficio del que pueden gozar los

^[3] Dictamen C-015-2009, de 28 de enero del 2009 citado en C-061-2009 del 02 de marzo de 2009.

servidores públicos con estabilidad en su puesto (propiedad), y que en todo caso, es un asunto cuyo otorgamiento queda reservado a la discrecionalidad del patrono.” [4]

Ahora bien, aunado a los alcances legales de esa facultad discrecional de la Administración, debemos mencionar que el otorgamiento de los permisos debe ir necesariamente aparejado con los deberes y obligaciones que deben observar los funcionarios públicos y sobre los cuales la Administración debe ser vigilante.

Esto por cuanto el artículo 113 de la Ley General de la Administración Pública estatuye que todo “(...) servidor público deberá desempeñar sus funciones de modo que satisfagan el interés público (...).”

Disposición que va de mano con la establecida en el artículo 3 de la Ley contra la corrupción y el enriquecimiento ilícito, la cual a la letra estipula:

“Deber de probidad. *El funcionario público estará obligado a orientar su gestión a la satisfacción del interés público. Este deber se manifestará, fundamentalmente, al identificar y atender las necesidades colectivas prioritarias, de manera planificada, regular, eficiente, continua y en condiciones de igualdad para los habitantes de la República; asimismo, al demostrar rectitud y buena fe en el ejercicio de las potestades que le confiere la ley; asegurarse de que las decisiones que adopte en cumplimiento de sus atribuciones se ajustan a la imparcialidad y a los objetivos propios de la institución en la que se desempeña y, finalmente, al administrar los recursos públicos con apego a los principios de legalidad, eficacia, economía y eficiencia, rindiendo cuentas satisfactoriamente.”*

De las normas citadas se entiende que el funcionario está en el deber ineludible de proteger y defender el interés público desde la institución para la cual labora, así como a actuar con rectitud en todo momento, evitando conflictos de intereses con la Administración.^[5]

Resumiendo todo lo hasta aquí expuesto, podemos afirmar que el otorgamiento de permisos, sean estas con o sin disfrute de salario, este o no regulado expresamente, debe estar subordinado al ordenamiento jurídico vigente en cuanto a la satisfacción del interés público y al buen uso de los recursos públicos, superado ese examen queda entonces a criterio de la autoridad correspondiente determinar si la aprueba o no.

Ahora bien, por el principio de legalidad que debe privar en toda Administración Pública, la Caja ha regulado los permisos mediante la Normativa de Relaciones Laborales, el Reglamento de capacitación y formación y el Reglamento interior de Trabajo. Sin embargo, aunque en ellos se detallan un buen número de situaciones en que proceden los permisos, debe aclararse que los ahí establecidos no constituyen numerus clausus, porque se recuerda que la Administración – por su facultad de discreción – puede determinar otros tipos de permisos distintos a los descritos por la norma.

^[4] Resolución número 2930-99 de las 9:03 horas del 23 de abril de 1999. Citado por la Procuraduría en dictamen número C 065-2005 del 14 de febrero del 2005.

^[5] Al respecto, ver C-147-2011 del 29 de junio del 2011.

En lo que corresponde al caso particular de los permisos para asistir a sesiones de órganos colegiados externos, como por ejemplo, Operadoras de Pensiones y Colegios Profesionales –tal como se había indicado en el oficio DJ 1338-2013- esta Dirección no encontró referencia normativa específica, constando únicamente cuatro acuerdos de Junta Directiva^[6] que en términos generales, concedían la oportunidad de acudir a las referidas sesiones por un período de cuatro horas por semana. No obstante, estos acuerdos ya fueron anulados mediante artículo 15 de la sesión 8620 del 24 de enero de 2013, en razón a criterio legal emitido por esta Dirección en el referido oficio, en el cual se hizo referencia a la ilegalidad de conceder a profesionales en medicina permisos con goce de salario para que asistan a sesiones de órganos colegiados externos durante la jornada laboral.

Concretamente en el oficio DJ 484-2013 del 24 de enero de los corrientes, esta Asesoría indicó:

“(…) un funcionario solo podrá acudir a tales sesiones en el tanto sean fuera de la jornada laboral ordinaria, toda vez que aún y cuando la Administración tiene facultad discrecional para otorgar tales permisos, para estos casos en particular se estaría sobrepasando los límites establecidos legalmente en los artículos 15 y 16 de la Ley General de la Administración Pública.^[7]”

En conclusión, no cabe otorgar permisos ni siquiera si estos son sin goce de salario porque se está afectando la continuidad y eficiencia en la prestación del servicio público y se están desviando fondos públicos a fines distintos para lo que están creados (en el caso de la Caja contradice la prohibición del art. 73 constitucional). Esto por cuanto el funcionario no puede estar devengando salario por una actividad que no realiza por estar ocupado en tareas ajenas a las establecidas para su puesto de trabajo, el cual debe cumplir en forma completa.”

Tal tesis ha apoyada en diversos criterios de la Procuraduría General de la República, en donde señala:

*“(…) improcedente el otorgamiento de un permiso sin goce de salario para asistir a una sesión de un órgano colegiado que se realice en horas laborales, período durante el cual el funcionario que ocupa una plaza asalariada en otra institución debe encontrarse laborando en ésta. / (toda vez) **que las actividades adicionales ajenas a su puesto que un funcionario pueda desempeñar se realicen una vez cumplida su jornada, pues a fin de***

^[6] Dichos acuerdos estaban contemplados en: artículo 11 de la sesión número 7025 celebrada el 13 de mayo de 1996, en lo conducente; artículo 25 de la sesión 7535 celebrada el 22 de marzo del 2001; artículo 10 de la sesión 7839 del 04 de marzo del año 2004 y artículo 12 de la sesión 7861 celebrada el 27 de mayo del 2004.

^[7] Dichas normas disponen lo siguiente: “**Artículo 15-** 1. La discrecionalidad podrá darse incluso por ausencia de ley en el caso concreto, pero estará sometida en todo caso a los límites que le impone el ordenamiento expresa o implícitamente, para lograr que su ejercicio sea eficiente y razonable. / 2. El Juez ejercerá contralor de legalidad sobre los aspectos reglados del acto discrecional y sobre la observancia de sus límites.

Artículo 16- 1. En ningún caso podrán dictarse actos contrarios a reglas unívocas de la ciencia o de la técnica, o a principios elementales de justicia, lógica o conveniencia. /2. El Juez podrá controlar la conformidad con estas reglas no jurídicas de los elementos discrecionales del acto, como si ejerciera contralor de legalidad.”

cuentas el objetivo que permea estas disposiciones es que el funcionario no desatienda indebidamente las labores sustantivas de su puesto, pues con ello se deteriora la eficiente y adecuada prestación del servicio público./(...) Recordemos que tal exigencia tiende a evitar que las labores y responsabilidades públicas se descuiden o sean atendidas en una forma indebida o ineficiente, lo cual cobra importancia al tomar en cuenta que justamente la eficiencia es uno de los principios que inspiran la prestación de los servicios públicos, de conformidad con el artículo 4° de la Ley General de la Administración Pública./(...) Lo anterior, por cuanto el salario con el cual se retribuye la relación de servicio con el Estado apareja una serie de obligaciones, siendo una de las más importantes el efectivo cumplimiento de las labores del cargo, obligación que no puede atenderse apropiadamente si dentro de la jornada el funcionario se distrae en actividades o funciones ajenas a su puesto, aún cuando se trate de labores para otra institución pública.”^[8] Destacado corresponde al original.

Es por tal razón, que en esa oportunidad se alertó sobre la inviabilidad legal de otorgarlos -aún cuando fueran sin goce de salario- por cuanto violentaban los principios de continuidad y eficiencia del servicio público y particularmente, la prohibición constitucional establecida en el artículo 73, cual es no utilizar recursos institucionales para fines distintos a la seguridad social.

Dicho en otras palabras, esa imposibilidad de otorgar permisos para asistir a sesiones de órganos colegiados externos, tiene como finalidad el evitar que las labores y responsabilidades públicas se descuiden o sean atendidas en una forma indebida o ineficiente y que además, se haga un desvío de fondos públicos, por cuanto se estaría reconociendo salarios a funcionarios sin que éste cumpla con sus labores.

Lo anterior, por cuanto el salario con el cual se retribuye la relación de servicio con el Estado conlleva una serie de obligaciones, entre las que destacan el efectivo cumplimiento de las labores del cargo; deber que no puede atenderse apropiadamente si dentro de la jornada el servidor se distrae en actividades o funciones ajenas a su puesto de trabajo.

Importa mencionar que tal criterio se hizo extensible para todos los funcionarios institucionales que participaran o actuaran como miembros de órganos colegiados externos.

En ese sentido, pese a que los acuerdos de Junta Directiva que concedía ese tipo de permisos fueron anulados, se dejó a discreción de las jefaturas valorar la pertinencia de otorgarlos en el tanto se estime que no se va a generar una afectación al servicio público y mientras sean sin goce de salario.

Así quedó contemplado en el acuerdo ya mencionado (artículo 15 de la sesión 8620 del 24 de enero de 2013), en donde la Junta Directiva dispuso:

*“Con vista en el criterio de la Dirección Jurídica, que consta en el oficio número DJ 484-2013, se **acuerda** anular los acuerdos de Junta Directiva adoptados en: artículo 11° de la sesión N° 7025, celebrada el 13 de mayo de 1996, en lo conducente; artículo 25° de la*

^[8] C 069-2009 del 10 de marzo de 2009.

sesión N° 7535, celebrada el 22 de marzo del año 2001; artículo 10° de la sesión N° 7839 del 04 de marzo del año 2004 y artículo 12 de la sesión N° 7861, celebrada el 27 de mayo del 2004, por cuanto, conforme con la jurisprudencia reciente de la Procuraduría General de la República contienen vicios de ilegalidad, toda vez que conceder permisos con goce de salario para que funcionarios institucionales acudan a sesiones de órganos colegiados no pertenecientes a la Caja implicaría afectar la continuidad y eficiencia en la prestación del servicio público y el desvío de fondos públicos a fines distintos para lo que están creados.

Se aclara que no significa que lo aquí dispuesto impida que, tratándose de permisos sin goce de salario, queda al criterio de las jefaturas correspondientes, salvaguardando en todo momento la continuidad eficiencia en la prestación del servicio. *Negrita es nuestra.*

No obstante, en razón a que actualmente el Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo acogió una medida cautelar interpuesta por el Colegio de Médicos contra el acuerdo de Junta Directiva arriba citado,^[9] se acordó en artículo 12 de la sesión 8634 del 9 de abril de 2013 variar lo antes dispuesto en los siguientes términos:

“ En razón de que, de conformidad con lo indicado por la Dirección Jurídica mediante el oficio número DJ-2214-2013, del 8 de este mes, mediante resolución oral del día 4 de abril del presente año, el Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo, acogió la medida cautelar interpuesta por personeros del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en relación con lo resuelto por esta Junta Directiva sobre el tema de los “permisos con goce de salario” de funcionarios –médicos- de esta Entidad para asistir a diferentes actividades propias de ese Colegio, y dispuso, en lo conducente:

“... se revoca la resolución apelada número 339-2013 de las 11:30 del 19 de febrero del 2013, en su lugar se acoge la medida cautelar en los siguientes términos: se suspenden los efectos del artículo 15 de la sesión 8620 de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social celebra el 24 de enero del 2013, deberán las autoridades de la CCSS otorgar a los integrantes de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y cirujanos de Costa Rica conceder permiso con goce de salario los días miércoles de cada semana de las 7 horas a las 16 horas a fin de que asistan a las sesiones de dicho órgano, así como permitírseles asistir a las actividades propias de las comisiones y órganos que integren en este último caso la licencia no podrá exceder de cuatro horas a la semana a cada uno de los mismos, esta última medida es extensiva a los otros profesionales de la institución que integren comisiones en órganos de representación en esa corporación”.

Por tanto, esta Junta Directiva, por respeto al fallo antes aludido y en los términos dichos ACUERDA:

a) Instruir a la Administración (Gerencia Médica), para que tome las acciones necesarias a efecto de dar cumplimiento a lo ordenado en la resolución antes aludida.

^[9] Resolución dictada en forma oral por el Tribunal Contencioso Administrativo y Civil de Hacienda, el 4 de abril de 2013.

b) Sin menoscabo de lo anterior, están llamadas las jefaturas correspondientes, a exigir a los interesados, que presenten un prospecto de los permisos y a los fines que lo requieren, de previo. Además, la programación del lapso en que serán otorgados esos permisos, deberá ser acorde con la atención y satisfacción del servicio público prestado, que deber ser prioridad en todo momento. Esto en el entendido de que las horas que se otorgarán a tales fines son estrictamente las señaladas en la mencionada resolución, siendo que los interesados dispondrán de ellas, incluido el tiempo de traslado al lugar respectivo.

Finalmente, se da por recibida la información remitida por la Dirección Jurídica y se queda a la espera de lo que se resuelva en la vía contenciosa.” Negrita corresponde al original

Tal como lo desprendemos de lo citado, la Caja está otorgando permisos a los profesionales que integran comisiones u órganos en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, por cuanto a la fecha existe una resolución expresa del Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo que así lo autoriza para dichos casos.^[10]

Sin embargo, estima esta Asesoría que la redacción del último acuerdo adoptado por la Junta Directiva, sea el artículo 12 de la sesión 8634 del 9 de abril de 2013, específicamente en su punto b), no hace tal distinción porque lo que se entiende que viene a regular los permisos en forma general. Dicho en otras palabras, podría entenderse que va dirigido a todo funcionario que sea miembro de órganos o comisiones de cualquier colegio profesional, como por ejemplo, al Colegio de Terapeutas de Costa Rica.

De ese modo, con base en todo lo expuesto, se recomienda a la consultante, en apego al principio de legalidad y de igualdad de trato, aplicar lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 12 de la sesión 8634 del 9 de abril de 2013 -en el tanto este vigente la medida cautelar- a todos aquellos profesionales que pertenezcan a órganos de colegios profesionales distintos al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

En suma, actualmente existe un proceso judicial en el Tribunal Contencioso Administrativo, el cual se encuentra en trámite, bajo el número de expediente 13-000876-1027-CA, dentro del cual se dictó una medida cautelar que suspende los efectos del acuerdo de Junta Directiva artículo 15 de la sesión 8620, celebrada el 24 de enero de 2013.

Ahora bien, lo anterior no quiere decir que la Junta Directiva ha cambiado de criterio en cuanto a eliminar los acuerdos que autorizaban los permisos, sino que únicamente el acuerdo de Junta Directiva quedó suspendido por la medida cautelar, la cual, al ser de carácter general, por lo tanto afecta no sólo al Colegio de Médicos, sino que también se hace extensivo a los miembros de todos los demás colegios profesionales, por lo que, en aras de resguardar el principio de igualdad y no discriminación, los efectos de dicho acuerdo quedan suspendidos también para los demás colegios profesionales, hasta tanto

^[10] Importa mencionar que de acuerdo con nuestros registros internos, actualmente se está discutiendo el tema en la vía contencioso administrativa a través de un proceso ordinario de conocimiento bajo el expediente 13-000876-1027-CA.

no se levante la medida cautelar interpuesta, por lo tanto la Jefatura podrá otorgar los permisos de cuatro horas semanales para sesionar, siempre y cuando no se altere la continuidad del servicio.

Dicho en otras palabras, cumpliendo con lo señalado por la Junta Directiva, es factible que las Jefaturas correspondientes otorguen los permisos a los funcionarios de la Caja, miembros de la Junta Directiva del Colegio de Terapeutas de Costa Rica para asistir a las sesiones en los términos ya indicados, en el tanto siga vigente la medida cautelar que suspende los efectos del acuerdo de Junta Directiva artículo 15 de la sesión 8620, celebrada el 24 de enero de 2013”.

Por consiguiente, acogida la citada recomendación y la propuesta de acuerdo de la Dirección Jurídica contenido en la nota Número DJ-02601-2014, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** indicar al Colegio de Terapeutas de Costa Rica que, en el tanto se encuentre vigente la medida cautelar interpuesta por el Colegio de Médicos, ante el Tribunal Contencioso Administrativo, que suspende los efectos del acuerdo de Junta Directiva artículo 15° de la sesión 8620, celebrada el 24 de enero del año 2013, es factible que las jefaturas concedan los permisos solicitados, tomando en cuenta que no se afecte la atención y satisfacción del servicio público prestado, que debe ser prioridad en todo momento, de conformidad con lo señalado en el artículo 12 de la sesión N° 8634, celebrada el 9 de abril del año 2013.

ARTICULO 31°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 33°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 34°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 35°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 36°

Se conoce el oficio número P.E.30.492-14 de fecha 21 de abril del año 2014, que firma la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante el cual remite, para conocimiento de los señores Directores, la nota N° UMN-155-2004, fechada 9 de abril del presente año, suscrita por el Dr. Edwin Solano Alfaro, Presidente de la Unión Médica Nacional, en la que se refiere a la comunicación N° CCEI-0611-2014 emitida por el Dr. Rodrigo Bartels Rodríguez, Coordinador de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, en relación con la propuesta de *“Reforma al Reglamento para otorgamiento de licencias e incapacidades”*. En lo conducente, el oficio N° UMN-155-2014, suscrito por el Dr. Solano Alfaro, se lee de este modo:

1. *Nos parece una falta de respeto hacia la Junta Directiva de la Caja, que el doctor Bartels concluya que las observaciones contenidas en nuestro oficio UMN 114-2014 del 19 de marzo del 2014, respecto al nuevo proyecto de reglamento de incapacidades son improcedentes y en consecuencia el doctor Bartels decide continuar con el proceso de aprobación.*
2. *Es la Junta Directiva de la Caja, quien debe resolver en última instancia si nuestras observaciones son o no de recibo total o parcialmente. Eso no le compete al doctor Bartels, ni aún por delegación ya que la potestad reglamentaria y en consecuencia la responsabilidad por esa facultad es indelegable.*
3. *En nuestro criterio el nuevo reglamento contiene normas restrictivas del acto médico, que lesionan el Código de Ética Médica y que se exponen en el oficio remitido a la Gerencia Médica, del cual adjuntamos copia”.*

Asimismo, solicita que se eleve ante la Junta Directiva su oposición a la pretendida reforma reglamentaria. *“Además, solicitamos que nos diga expresamente, si usted médico está avalando los criterios restrictivos contenidos en dicha reforma ya que de ser así o no recibir respuesta dentro del plazo de ley, nos veríamos obligados a pedir a la Fiscalía del Colegio de Médicos, que se investigue si esas conductas son lesivas o no del Código de Ética”*,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica para que atienda este asunto conforme corresponda.

ARTICULO 37°

Se tiene a la vista el oficio número DG-0727-14 de fecha 21 de abril del año 2014, suscrito por el Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Director General del Hospital San Rafael de Alajuela, en el que se refiere a la contratación de técnicos en salud por parte de otros hospitales. El citado oficio se lee de esta manera en forma textual:

“Como es del conocimiento de ustedes, una de los grandes problemas que enfrentamos los Hospitales es el déficit de técnicos en ortopedia y gastroenterología como resultado de la falta de producción de los mismos.

Esta situación es más grave en el caso de los técnicos de ortopedia donde muchos de ellos están próximos a jubilarse. Ante situación, en algunos casos se les ofrece a los que están laborando en algunos centros contratarlos en otros Hospitales ofreciéndoles otras garantías como tiempo extraordinario.

Al desplazarse a trabajar en otra unidad va a afectar el lugar donde estaba laborando, lo que va a incidir en un incremento en la partida de tiempo extraordinario al tener que cubrir el servicio con extras.

Esta situación es lo que está ocurriendo en el Hospital San Rafael de Alajuela, donde sin haber solicitado permiso el funcionario ante la Jefatura ni a la Dirección Médica, se le comunica por parte del Director General de otro Hospital que tiene que presentarse a laborar a partir de las 7 a. m. de determinada fecha.

Esta situación irregular no la comparto y es por esto que recurro ante ustedes solicitándoles, que por tratarse de una Institución única, la idea no es afectar los servicios de un Hospital para beneficiarse otro y además si está nombrado en propiedad y renuncia al Centro donde está contratado, también está renunciando a la Institución, por lo que les sugiero con todo respeto que se gire una directriz para que antes de tratar de contratarlos y crearles expectativas se tome el criterio de la Dirección Médica donde labora así como de la Gerencia Médica.

No omito manifestarle que en el caso específico de nuestro Hospital a partir de Enero del presente año se redujo el pago de tiempo extraordinario en el segundo turno y en el caso de que a este técnico lo contrataran, tendríamos que volver a cubrir de lunes a viernes con tiempo extraordinario el segundo turno, lo que vendría a impactar aún más esta partida que proyecta ya un déficit.

Aprovecho la oportunidad para recomendarles que es urgente que la Institución resuelva en forma urgente la producción de estas tecnologías y en especial la de ortopedia por la gran necesidad que tienen todos los Hospitales de contar con estos técnicos”,

y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencias Administrativa y Médica, para lo correspondiente, cada una en el ámbito de su competencia.

ARTICULO 38°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 39°

Se tiene a la vista el oficio número P-10-2014 de fecha 14 de abril del año 2014, que firma el Lic. Olmedo Castro, Presidente de la Junta de Salud del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, Blanco Cervantes, en el cual señala que la estructura demográfica del país se ha venido modificando desde hace varios años y que para el año 2030 se espera que el país presente un porcentaje de población adulta mayor cercano al 15%, producto de este cambio demográfico se ha impactado el sistema de salud, las hospitalizaciones de adultos mayores alcanzaron un

porcentaje del 15% en el 2012, cifra que es creciente conforme pasan los años. Indica que el número de consultas entre los años 2002 y 2012 ha crecido en un 35% en esa década y el costo en dólares se ha triplicado, según información del Área de Estadística de Salud de la Caja, que obliga a propiciar cambios en los cuidados de la salud y los estilos de vida para mitigar el impacto en los servicios, pero aun así, no se puede evitar la necesidad de replantear nuevamente que es necesario invertir en infraestructura hospitalaria para responder de manera responsable y adecuada a esa demanda creciente. Dado lo anterior, solicitan que antes de que dejen sus puestos como Directores de la Junta Directiva de la Caja y con una actitud visionaria aprueben el apoyo para la construcción de un nuevo hospital de geriatría y gerontología, el cual se ha ofrecido por parte de la Presidencia de la República y podría ser financiado con el empréstito del Banco Mundial, y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica, para que, en conjunto con la Dirección del citado Hospital, elaboren una propuesta técnica para el abordaje de la atención del adulto mayor hacia futuro. Lo anterior, asimismo, en concordancia con lo resuelto en el artículo 14° de la sesión número 8670.

ARTICULO 40°

Se tiene a la vista la nota número APHSRA-23-2014 de fecha 10 de marzo del año 2014, suscrita por la MSc. María Cecilia Aguilar Lara, Presidenta de la Asociación Pro Hospital San Rafael de Alajuela, en la cual manifiesta que es consciente de la necesidad de otro gastroenterólogo en el centro de salud, por lo que brinda el apoyo para las gestiones del nombramiento de un nuevo profesional en esa especialidad. Lo anterior en consideración de lo siguiente:

1. *“El Área Central Norte en la cual nos encontramos ubicados, constituye la zona de mayor incidencia en cáncer de colon del país.*
2. *La urgencia de disminuir las listas de espera, pues cada día estas listas aumentan ante la creciente demanda que se presenta en la sección de endoscopia digestiva actualmente.*
3. *Se cuenta con un novedoso equipo de alta tecnología que donó nuestra agrupación en concordancia con la Junta de Protección Social, el cual podría ser aprovechado al máximo.*
4. *Hace varios meses, renunció un profesional en ese campo y es muy necesario sustituirlo”.*

Dado lo anterior, expresa el apoyo ante cualquier gestión que en ese sentido se realice, para beneficio de la comunidad, y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Médica, para lo correspondiente.

ARTICULO 41°

Se conoce el oficio número 03884 (DFOE-SD-0854) de fecha 21 de abril del año 2014, suscrito por la MC. Grace Madrigal Castro, Gerente de Área de Seguimiento de Disposiciones de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa de la Contraloría General de la República, mediante el cual comunica la conclusión del proceso de seguimiento del Informe N° DFOE-SOC-86-2006 emitido por la Contraloría General de la República. El citado oficio se lee de esta manera:

“Para su conocimiento y fines consiguientes, y con el propósito de que lo haga del conocimiento de los miembros de la Junta Directiva, en la sesión próxima al recibo de

este oficio, me permito comunicarle que como resultado del análisis efectuado a la información remitida por la Caja Costarricense de Seguro Social y conforme al alcance establecido en lo dispuesto por esta Contraloría General, esta Área de Seguimiento de Disposiciones determinó que ese Órgano Colegiado cumplió razonablemente las disposiciones contenidas en el informe DFOE-SOC-86-2006, sobre los resultados de un estudio efectuado en la Caja Costarricense de Seguro Social, en relación con el proyecto de fortalecimiento y modernización del Sector Salud - II etapa.

En razón de lo anterior, se da por concluido el proceso de seguimiento correspondiente y se comunica a ese Órgano Colegiado que a esta Área de Seguimiento no debe enviarse más información relacionada con lo ordenado por este Órgano Contralor en el referido informe. Lo anterior, sin perjuicio de la fiscalización posterior que puede llevar a cabo esta Contraloría General, como parte de las funciones de fiscalización superior de la Hacienda Pública.

Es menester señalar que las disposiciones en mención se reportaron como cumplidas, conforme se fue acreditando dicho cumplimiento, a la Auditoría Interna de esa Institución. Lo anterior, según comunicación anual del “Estado del seguimiento de las disposiciones giradas por la Contraloría General de la República”, que envía este Órgano Contralor a cada auditoría interna, para los efectos del informe anual que dicha auditoría debe presentar al jerarca y demás instancias interesadas, previsto en el artículo 22, inciso g) de la Ley General de Control Interno No. 8292 (oficios Nos. 001365 del 30/01/2009, 00564 del 20/01/2010, 00816 del 31/01/2011 y 00937 del 31/01/2012).

Por otra parte, se le recuerda la responsabilidad que compete a esa Institución de velar porque se continúen cumpliendo las acciones ejecutadas para corregir los hechos determinados y tomar las acciones adicionales que se requieran en un futuro para que no se repitan las situaciones que motivaron las disposiciones objeto de cierre”,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** tomar nota y hacerlo del conocimiento de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, a quien se le solicita tener presente el recordatorio que hacer el Órgano Contralor, en estos términos:

“... se le recuerda la responsabilidad que compete a esa Institución de velar porque se continúen cumpliendo las acciones ejecutadas para corregir los hechos determinados y tomar las acciones adicionales que se requieran en un futuro para que no se repitan las situaciones que motivaron las disposiciones objeto de cierre”.

ARTICULO 42°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 43°

Se tiene a la vista la copia del oficio número 31057 de fecha 28 de abril del año 2014, que en adelante se transcribe en forma literal, suscrito por el Auditor Interno, dirigido a la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva, en el que se refiere a la atención a la recomendación RS1 del Informe AIN-001-R-2009 *“Estudio especial sobre el sistema de disponibilidad médica implementado en la Caja Costarricense de Seguro Social”*:

“Esta Auditoría en el informe SASAAI-09-001-03-2013 “Seguimiento a la aplicación de las recomendaciones contenidas en el informe AIN-001-R-2009 “Estudio especial sobre el sistema de disponibilidad médica implementado en la Caja Costarricense de Seguro Social”, se indicó:

“A LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

SRI. Realizar una investigación administrativa, debido a que en el presente seguimiento se determinó que las recomendaciones 1 y 13 del informe AIN-01-R-2009 no fueron cumplidas por la administración, lo anterior de conformidad con lo establecido en el artículo 12 inciso c) y 39 de la Ley general de Control Interno. En el caso de evidenciarse actuaciones irregulares en la atención de las recomendaciones, adoptar las acciones pertinentes para establecer un procedimiento administrativo que determine las eventuales responsabilidades administrativas, civiles y de otra índole que correspondan”.

En la reunión efectuada con funcionarios de la Presidencia Ejecutiva, como parte del seguimiento al informe AIN-001R-2009, se indicó a la Auditoría que la Presidencia Ejecutiva no tiene la competencia para solicitar la investigación.

En oficio 58123 la Auditoría solicitó criterio a la Dirección Jurídica respecto de la procedencia de que la Presidencia Ejecutiva conozca las recomendaciones de investigación preliminar.

La Dirección Jurídica en oficio DJ-0487-2014 concluye:

“Así las cosas, considera esta asesoría, que asegurar que la Presidencia Ejecutiva es competente para iniciar investigaciones preliminares contra los Gerentes de la institución desnaturalizaría la lógica jurídica que sostiene que quien tiene la potestad disciplinaria es quien nombra al funcionario; siendo entonces el competente para tal acción, la Junta Directiva.

En virtud de ello, considera esta asesoría, que la Presidencia Ejecutiva como órgano político no puede avocarse por sí mismo la competencia de iniciar investigaciones preliminares cuando esté implicado un nivel gerencial, por cuanto dicha potestad corresponde a la Junta Directiva, quien una vez informada por la Presidencia Ejecutiva de la situación, decidirá si actúa colegiadamente, o si delega dicha función en la figura del Presidente Ejecutivo, quien ejercerá dicha competencia en nombre de la Junta Directiva.

Tómese en cuenta lo indicado en el apartado anterior, respecto a que en cuanto a los Gerentes, le corresponde al Presidente Ejecutivo proponer a la Junta Directiva el nombramiento de estos pero que es solamente competencia de la Junta Directiva tomar la decisión de nombrarlos, lo que permite interpretar que el órgano competente para tomar la decisión de iniciar investigaciones preliminares en los niveles gerenciales es la Junta Directiva y no el Presidente Ejecutivo, a menos que la primera le encargue al segundo el ejercicio de dicha labor para el caso concreto.

No obstante lo anterior, de conformidad con el artículo 6 inciso a) Reglamento de la Ley de Presidentes Ejecutivos de las Juntas Directivas del Banco Central de Costa Rica y demás instituciones Autónomas y Semiautónomas no Bancarias, siendo que el Presidente Ejecutivo tiene una relación jerárquica con los Gerentes –entendida como de instrucción y dirección-, lo que éste puede hacer, es informar a la Junta Directiva para que esta última, tal y como dispone el artículo 6, ejerza la potestad disciplinaria.

Conclusión:

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, considera esta asesoría, que la Presidencia Ejecutiva como órgano político no puede avocarse la competencia de iniciar investigaciones preliminares cuando esté implicado un nivel gerencial, por cuanto dicha potestad corresponde a la Junta Directiva por ser el órgano competente para ejercer la potestad disciplinaria, quien una vez informado por la Presidencia Ejecutiva de la situación, decidirá, si actúa colegiadamente, o si delega dicha función en la figura del presidente Ejecutivo, quien ejercerá en nombre de la Junta Directiva; de acuerdo a la interpretación integral de los artículos 101 y 102 de la Ley General de la Administración Pública, 06 del Reglamento de la Ley de Presidentes Ejecutivos de las Juntas Directivas del Banco Central de Costa Rica y demás Instituciones Autónomas y Semiautónomas no Bancarias y los artículos 06 y 15 de la Ley Constitutiva de la CCSS”.

Debido a lo anterior y considerando lo señalado por la Dirección Jurídica, en el sentido de que corresponde a la Junta Directiva la competencia de iniciar investigaciones preliminares cuando esté implicado un nivel gerencial, quien una vez informada por la Presidencia Ejecutiva de la situación, decidirá si actúa colegiadamente, o si delega dicha función en la figura del Presidente Ejecutivo, se solicita hacer del conocimiento del Órgano Colegiado la recomendación SRI del informe SASAAI-09-001-03-2013 “Seguimiento a la aplicación de las recomendaciones contenidas en el informe AIN-001-R-2009 “Estudio especial sobre el sistema de disponibilidad médica implementado en la Caja Costarricense de Seguro Social”, para que la Junta Directiva instruya a la Presidencia Ejecutiva el inicio de la investigación administrativa que se sugiere”,

Agrega el señor Auditor que se le dio seguimiento al estudio de auditoría AIN-001R-2009 y encontraron que están pendientes de resolución algunas recomendaciones por parte de la Administración. Por lo relevante del caso están solicitando a la señora Presidenta Ejecutiva que instaure un procedimiento preliminar de investigación administrativa que determine por qué la Administración no ha ejecutado estas recomendaciones. Como en algunas oportunidades se

determinó que no era posible que la Presidencia Ejecutiva instruyera una investigación administrativa, sobre todo si hay participación de algunos Gerentes, ante la duda se hizo una consulta a la Dirección Jurídica, la que indicó que la Junta Directiva puede delegar en la Presidencia Ejecutiva la integración del órgano correspondiente, para que haga la investigación. Por esta razón, la sugerencia de la Auditoría es que la Junta Directiva instruya a la Presidencia Ejecutiva para que instaure el procedimiento que corresponda. Añade don Jorge Arturo que quería dejar esto en el texto, para que se tenga en cuenta si se presentan situaciones similares en el futuro.

Se ha recibido, además, la nota número PE.30.568-14, fechada 29 de los corrientes, que suscribe la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, por medio de la que, con instrucciones de la señora Presidenta Ejecutiva y con el fin de que se haga del conocimiento de los señores Directores, remite el referido oficio número 31057,

y, en relación con la citada recomendación SR1 del informe SASAAI-09-001-03-2013 “Seguimiento a la aplicación de las recomendaciones contenidas en el informe AIN-001-R-2009 “Estudio especial sobre el sistema de disponibilidad médica implementado en la Caja Costarricense de Seguro Social”, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** instruir a la Presidencia Ejecutiva el inicio de la investigación administrativa que se sugiere.

ARTICULO 44°

Se tiene a la vista la copia del oficio número 31058 de fecha 28 de abril del año 2014, que en adelante se transcribe literalmente y que firma el Auditor Interno, dirigido a la Presidenta Ejecutiva, en la cual remite respuesta a oficio N° P.E.42.181-13, sobre la atención recomendación 1 del informe N° ASAAI-293-2012 sobre la gestión de liquidación actuarial de las cuotas trasladadas del Régimen de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte:

“Esta Auditoría emitió informe ASAAI-293-2012 sobre la gestión de liquidación actuarial de las cuotas trasladadas del Régimen de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

En ese informe se emitió la siguiente recomendación:

“A la Presidencia Ejecutiva,

- 1. En término de un mes, ordenar la realización de una investigación administrativa, con el propósito de evaluar los hallazgos contenidos en el presente informe relacionados con la gestión de las liquidaciones actuariales de cotizantes del Régimen de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional trasladados al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.*

Investigar las debilidades señaladas en cuanto a las gestiones de cobro de intereses moratorios, por la existencia de períodos en los cuales no se gestionaron cobros por este concepto, realizarse los cálculos bajo la modalidad de “interés compuesto” cuando lo correcto es “interés simple” y no aplicarse a

partir del 24 de abril de 2009, para el cálculo un porcentaje igual a la tasa básica pasiva a seis (6) meses plazo, calculada por el Banco Central de Costa Rica. Registro con inconsistencias en la cuenta 265-32-1 “Intereses por cobrar Ministerio de Hacienda Ley 7531”, posible prescripción de intereses moratorios, aplicación incorrecta del artículo 33 de la Ley 7531 “Reforma Integral del sistema de pensiones y jubilaciones del Magisterio Nacional”, solicitud improcedente de criterio legal sobre el tipo de interés a aplicar.

Además, se deben investigar las inconsistencias en el registro contable de las liquidaciones, títulos valores e intereses moratorios, corrección de saldos sin realizar los estudios técnicos correspondientes. Las diferencias detectadas entre los reportes de las cancelaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y la Dirección de Inversiones (Área Colocación de Valores). Las diferencias registradas entre el listado de títulos TUDES de la Dirección de Inversiones y el Custodio del Banco Nacional de Costa Rica. Las irregularidades en el registro de cotizantes en el Sistema Integrado de Pensiones, al evidenciarse diferencias entre los reportes del Área Cuenta Individual y Control de Pagos y el Ministerio de Hacienda. La inoportunidad en el trámite de las liquidaciones actuariales, al determinarse atrasos en su envío a la Dirección General de Presupuesto Nacional.

Igualmente se debe incluir en la investigación, la ausencia del convenio que debió suscribirse entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Hacienda, con el propósito de regular las condiciones de las liquidaciones actuariales y la forma de pago. La revisión de expedientes de liquidaciones actuariales para el cálculo y recalcado de intereses moratorios, debido a que con el sistema y cantidad de revisión actual la actividad se extendería hasta el año 2021. El incumplimiento de los requerimientos de la Superintendencia de Pensiones, al determinarse que las observaciones y recomendaciones de la SUPEN han sido reiterativas, sin que se hayan obtenido los resultados esperados en función de mejorar la administración del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

De igual manera deben investigarse las razones por las cuales no se han subsanado los aspectos señalados por la Auditoría en el oficio de advertencia AD-AO-16608 “Advertencia en relación con las liquidaciones actuariales de funcionarios trasladados del Régimen de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional al de Invalidez, Vejez y Muerte”, la recomendación 1 del informe ASAAI-030-R-2008 “Informe sobre seguimiento sobre la atención brindada por la Administración al oficio de advertencia AD-AO-16608 en relación con las liquidaciones actuariales de funcionarios trasladados del Régimen de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional al de Invalidez, Vejez y Muerte”, y la recomendación del informe SASAAI-08-030-01-V-2008 “Seguimiento a la aplicación de las recomendaciones del informe ASAAI-030-R-2008, sobre la atención brindada por la Administración al oficio de advertencia AD-AO-16608 en relación con las liquidaciones actuariales de funcionarios trasladados del Régimen de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional al de Invalidez, Vejez y Muerte”.

En caso de establecerse elementos de mérito para responsabilizar a funcionarios, efectuar las acciones que estime pertinentes para que se instruya la conformación de un Órgano Director del Procedimiento Administrativo tendiente a determinar la verdad real de los hechos y se establezcan las responsabilidades administrativas, disciplinarias, civiles y de otra índole que pudieran corresponder a los funcionarios que han intervenido en dichos procesos”.

La Presidencia Ejecutiva en oficio P.E. 42.181.13 al respecto indicó:

“De la literalidad de lo transcrito, la recomendación se dirige a que Presidencia Ejecutiva realice una investigación administrativa, tendiente a evaluar los hallazgos contenidos en el informe de marras, sin embargo de la revisión de los hallazgos contenidos en ese, se precisa, que entre los presuntos investigados, figuran exgerentes y actuales gerentes.

Ciertamente, acerca del tema de la competencia, se tiene claro que quien la ostenta para determinar el inicio o no de investigación, bien sea preliminar o disciplinaria sancionatorio, recae en el órgano superior jerárquico, sea la Junta Directiva, por disposición expresa de los artículos 6, y 15 de la Ley No. 17, Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, por cuanto existe una relación de subordinación directa para con esos funcionarios, a pesar de existir otros funcionarios involucrados”.

Concluye la Presidencia Ejecutiva:

“En razón de las consideraciones dadas y al existir una imposibilidad legal de cumplir con lo peticionado por esa Auditoría, se le insta para que eleve este asunto a conocimiento de la Junta Directiva, por ser la instancia competente para valorar la conveniencia de iniciar o no una investigación preliminar”.

Debido a lo anterior, en oficio 58123 la Auditoría solicitó criterio a la Dirección Jurídica respecto de la procedencia de que la Presidencia Ejecutiva conozca las recomendaciones de investigación preliminar.

La Dirección Jurídica en oficio DJ-0487-2014 concluye:

“Así las cosas, considera esta asesoría, que asegurar que la Presidencia Ejecutiva es competente para iniciar investigaciones preliminares contra los Gerentes de la institución desnaturalizaría la lógica jurídica que sostiene que quien tiene la potestad disciplinaria es quien nombra al funcionario; siendo entonces el competente para tal acción, la Junta Directiva.

En virtud de ello, considera esta asesoría, que la Presidencia Ejecutiva como órgano político no puede avocarse por sí mismo la competencia de iniciar investigaciones preliminares cuando esté implicado un nivel gerencial, por cuanto dicha potestad corresponde a la Junta Directiva, quien una vez informada por la Presidencia Ejecutiva de la situación, decidirá si actúa

colegiadamente, o si delega dicha función en la figura del Presidente Ejecutivo, quien ejercerá dicha competencia en nombre de la Junta Directiva.

Tómese en cuenta lo indicado en el apartado anterior, respecto a que en cuanto a los Gerentes, le corresponde al Presidente Ejecutivo proponer a la Junta Directiva el nombramiento de estos pero que es solamente competencia de la Junta Directiva tomar la decisión de nombrarlos, lo que permite interpretar que el órgano competente para tomar la decisión de iniciar investigaciones preliminares en los niveles gerenciales es la Junta Directiva y no el Presidente Ejecutivo, a menos que la primera le encargue al segundo el ejercicio de dicha labor para el caso concreto.

No obstante lo anterior, de conformidad con el artículo 6 inciso a) Reglamento de la Ley de Presidentes Ejecutivos de las Juntas Directivas del Banco Central de Costa Rica y demás instituciones Autónomas y Semiautónomas no Bancarias, siendo que el Presidente Ejecutivo tiene una relación jerárquica con los Gerentes-entendida como de instrucción y dirección-, lo que éste puede hacer, es informar a la Junta Directiva para que esta última, tal y como dispone el artículo 6, ejerza la potestad disciplinaria.

Conclusión:

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, considera esta asesoría, que la Presidencia Ejecutiva como órgano político no puede avocarse la competencia de iniciar investigaciones preliminares cuando esté implicado un nivel gerencial, por cuanto dicha potestad corresponde a la Junta Directiva por ser el órgano competente para ejercer la potestad disciplinaria, quien una vez informado por la Presidencia Ejecutiva de la situación, decidirá, si actúa colegiadamente, o si delega dicha función en la figura del presidente Ejecutivo, quien ejercerá en nombre de la Junta Directiva; de acuerdo a la interpretación integral de los artículos 101 y 102 de la Ley General de la Administración Pública, 06 del Reglamento de la Ley de Presidentes Ejecutivos de las Juntas Directivas del Banco Central de Costa Rica y demás Instituciones Autónomas y Semiautónomas no Bancarias y los artículos 06 y 15 de la Ley Constitutiva de la CCSS”.

Debido a lo anterior y considerando lo señalado por la Dirección Jurídica, en el sentido de que corresponde a la Junta Directiva la competencia de iniciar investigaciones preliminares cuando esté implicado un nivel gerencial, quien una vez informada por la Presidencia Ejecutiva de la situación, decidirá si actúa colegiadamente, o si delega dicha función en la figura del Presidente Ejecutivo, se solicita hacer del conocimiento del Órgano Colegiado la recomendación uno del informe ASAAI-293-2013, para que instruya a esa Presidencia Ejecutiva el inicio de la investigación administrativa que se sugiere”.

Se recibe, asimismo, la nota número PE.30.567-14, fechada 29 de los corrientes, que suscribe la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, por medio de la que, con instrucciones de la señora

Presidenta Ejecutiva y con el fin de que se haga del conocimiento de los señores Directores, remite el referido oficio número 31058,

y la Junta Directiva, en relación con la recomendación uno del informe ASAAI-293-2013 – unánimemente- **ACUERDA** que instruir a la Presidencia Ejecutiva el inicio de la investigación administrativa que se sugiere.

ARTICULO 45°

*“De conformidad con el criterio **SJD-AL-0038-2020** del 19 de octubre 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 46°

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

Ingresa al salón de sesiones el Subgerente Jurídico,

Se retira del salón de sesiones el licenciado Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector de la Dirección Jurídica.

ARTICULO 47°

Se presenta el oficio N° 27117 de fecha 2 de abril del año 2014, suscrito por el Auditor, mediante el que presenta el informe ASF-32-2014 *“Evaluación deuda del Estado por Ley 7739 -Código de la Niñez y Adolescencia”*.

La presentación está a cargo del licenciado Hernández Castañeda, con base en las siguientes láminas:

- i) ASF-32-2014
Evaluación deuda del Estado por Ley 7739 “Código de la niñez y la adolescencia”
- ii) Antecedentes:
 - El 06 de febrero 1998 entra en vigencia la Ley 7739 denominada “Código de la Niñez y la Adolescencia”; la cual en el capítulo IV, “Derecho a la Salud”, en sus artículos 41 y 42 establece:
- iii) Antecedentes:

*“Artículo 41°- Derecho a la atención médica. Las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado.
Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación*

de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.

iv) Antecedentes

Artículo 42°- Derecho a la seguridad social. Las personas menores de edad tendrán derecho a la seguridad social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutarán de este derecho por cuenta del Estado. Para ello, la Caja Costarricense de Seguro Social adoptará las medidas respectivas”. (Subrayado propio).

v) Antecedentes

La disposición citada anteriormente, busca garantizar el financiamiento económico para la atención de los niños y adolescentes no asegurados, en razón de que el régimen institucional se financia con la contribución de los asegurados; no obstante, la universalización, obliga a brindar los servicios de salud a todas las personas –aseguradas y no aseguradas-, por lo cual para el cumplimiento del objetivo de la Ley, se requería contar con los recursos económicos para atender a esta población no cotizante.

vi) Resultados

- **Sobre el Proceso de Facturación al Estado por concepto del Código de la Niñez y Adolescencia.**
 - Se determinó que el registro de la cuenta por cobrar al Estado producto de la aplicación de la Ley 7739 “Código de la Niñez y Adolescencia”, se efectuó aproximadamente ocho años después de la entrada en vigencia de esta Ley.

vii) Resultados

- El 30 de noviembre 1998, por medio de nota sin número suscrita por los señores: **MBA. Eduardo Flores Castro y el Sr. Ricardo Bermúdez de Asesoría Validación de Derechos comunican a los señores Directores Regionales de Servicios Médicos, Directores y Administradores de Clínicas y Hospitales, Jefes Unidades de Afiliación y Validación de Derechos,** que:
 - *“De acuerdo con lo que establecen las leyes N° 7735 y 7739 “Ley General de Protección a la madre Adolescente” y “Código de la Niñez y la Adolescencia”, la Caja debe asumir la afiliación y atención médica, en el caso de los grupos de personas a que se refieren dichas leyes [...]”.*

viii) Resultados

- *Artículo 42° Derecho a la seguridad social*
- *“Las personas menores de edad tendrán derecho a la Seguridad Social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutarán de este beneficio por cuenta del Estado. Para ello, la Caja Costarricense de Seguro Social adoptará las medidas respectivas”.*

- *Comunicamos lo anterior, con la finalidad de que internamente en cada una de las Unidades a su digno cargo, se giren las instrucciones necesarias de manera que esta legislación sea correctamente aplicada”.*

ix) Resultados

- El 13 de agosto 1999, por medio de nota DJ-1980-99, el Lic. Edwin Rodríguez Alvarado, Coordinador Área de Asesoría de la Dirección Jurídica, informa al Dr. Fernando Ferraro Dobles Gerente Médico, que el Consejo Asesor de la Dirección Jurídica en Sesión N° 803-99, celebrada el 5 de agosto 1999, acordó:

x) Resultados

- Deliberado el asunto, el Consejo se pronuncia de la siguiente manera, transcriben el artículo 41 del Código de la Niñez y la Adolescencia.
- *“A la luz de dicha norma, la Caja está en la obligación de brindar el servicio que se requiera por parte de los menores. No obstante, y en concordancia con lo que dicta el primer párrafo de esta norma, **el Estado correrá con los costos de esta atención.** Sobre este aspecto, esta Dirección Jurídica, mediante oficio D.J. 1171-99 del 29 de enero de 1999, observó lo siguiente:*
- *“Esta norma establece una obligación a cargo del Estado. Todos los costos en que incurra la C.C.S.S. deben ser trasladados al Estado de conformidad con la previsión constitucional para el financiamiento de la universalización de los seguros sociales...”* (Subrayado propio).

xi) Resultados

- El 19 de octubre 1999 mediante oficio 16587, el Dr. Fernando Ferraro Dobles, Gerente Médico solicita al Lic. Alberto Acuña Ulate, Gerente Financiero establecer un mecanismo de cobro al Estado que permita establecer lo recomendado por la Dirección Jurídica en el criterio DJ-1980-99 del 13 de agosto 1999; el cual señala:
- *“[...] A la luz de dicha norma, la Caja está en la obligación de brindar el servicio que se requiera por parte de los menores. No obstante, y en concordancia con lo que dicta el primer párrafo de esta norma, el Estado correrá con los costos de esta atención.*

xii) Resultados

- El 03 de noviembre 1999 con nota 20.160, el Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Financiero solicita al Lic. Guillermo López Vargas, Subdirector de la Dirección Actuarial y Planificación Económica analizar lo referido por el Dr. Ferraro Dobles en nota N° 16587 sobre el cobro al Estado por la atención médica que se brinde al amparo del Código de la Niñez y la Adolescencia, e indicar si el costo incurrido por este concepto se encuentra incluido dentro del cobro de asegurados por parte del Estado.

xiii) Resultados

- El 10 de diciembre 1999 por medio de oficio DAPE-585, el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Subdirector Actuarial informa al Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Financiero que en atención a nota 20.160 expresa lo siguiente:

- “[...] Efectivamente la Ley No. 7739 del 6 de febrero de 1998, establece en su artículo 41 el derecho a la atención de los servicios de salud de las personas menores de edad, sin distinción de raza, género, condición social ni nacionalidad. Así mismo el artículo 42 establece el derecho para todos los menores que no estén cubiertos por otros “regímenes”, con cargo a cuenta del Estado.
- **... la atención a todos los menores de edad cualquiera que sea su condición de aseguramiento, es obligatoria por parte de la CCSS, y su financiamiento estará a cargo del Estado.**

xiv) Resultados

- **La condición de aseguramiento de personas menores de edad puede darse por medio del beneficio familiar de los asegurados cotizantes, el seguro estudiantil** (Sesión 7040 del 2-7-96), y la protección derivada de la atención a la madre adolescente (Ley 7735). De este gran grupo queda sin protección los no asegurados, grupo que incluye tanto nacionales como extranjeros.

xv) Resultados

- **De acuerdo con la Encuesta de Hogares efectuada en julio de 1998, se determinan 354.260 personas no aseguradas de las cuales 91.709 son personas menores y de este grupo 47.822 están potencialmente protegidas por el seguro estudiantil, quedando 73.887 personas a proteger mediante la Ley No 7739.** En este grupo están incluidos tanto menores costarricenses como extranjeros. No se conocen datos de la población extranjera que no cumplen la condición de “hogar fijo por lo menos en los últimos seis meses” y que por tanto no son incluidos en la Encuesta de Hogares.

xvi) Resultados

- Estimaciones preliminares realizadas por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica conducen a los siguientes resultados:

METODOLOGIA	POBLACION	COSTO TOTAL (millones de colones)
1-Costo prestación servicios	47928	8.333.0
2-Costo por aseguramiento	47928	2,372.4

- **En el caso de la primer metodología, el costo de los servicios institucionales en consulta externa asciende a 407 millones de colones y 7,926 millones de colones en hospitalización, para un total de 8.333 millones de colones.**
- Una vez, sea definido el método de cálculo por la Autoridad Superior, se procederá con el cobro correspondiente y la notificación a la Contabilidad General para su respectivo registro”.

xvii) Resultados

- El 13 de enero 2000 con memorando N° 1.394 el Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Financiero remite al Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable el oficio DAPE-585 y otros documentos adjuntos y le solicita definir el procedimiento de cobro del asunto de referencia.
- El 14 de febrero 2000 mediante oficio DAP-092, el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Subdirector de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica emite algunas consideraciones a la nota DAPE-585, al Lic. José Alberto Acuña Ulate, Gerente Financiero, por saber:

xviii) Resultados

- “[...] alternativamente con el costo de aseguramiento, constituyen opciones de cobro al Estado, y por tanto debe definirse la forma y metodología de cálculo.
- ... aprovechando las observaciones verbales realizadas por usted, esta Dirección estima importante recomendar que se opte por la primera alternativa. Esto con fundamento en las siguientes consideraciones:
- Los niños y adolescentes nacionales, no cubiertos actualmente, son hijos de trabajadores independientes no asegurados, y con capacidad contributiva, en caso contrario serían indigentes, los cuales ya se encuentran cubiertos.

xix) Resultados

- Cobrar el costo de aseguramiento induce a los cabeza de familia a no afiliarse, lo cual es contrario a los objetivos institucionales.
- Por las connotaciones que tiene cobrar un costo de aseguramiento – cobertura al núcleo familiar – se generan interpretaciones que pueden obstaculizar lo planteado en el Transitorio XII de la Ley de Protección al Trabajador, el cual establece que en un plazo de cinco años los trabajadores independientes se afiliarán a la CCSS.

xx) Resultados

- Considerando los anteriores aspectos, es conveniente que el cobro al Estado se efectúe tomando como base el costo de la atención médica, lo cual –al margen de la viabilidad financiera estatal- es consistente con los objetivos de estimular la afiliación de los trabajadores independientes con capacidad contributiva”.
- El 24 de febrero 2000 con el memorando N° 5.109 el Lic. Manuel Fco. Ugarte Brenes, Asesor Gerencia Financiera, remite al Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable la nota **DAPE-092** para su revisión y trámite según corresponda.

xxi) Resultados

- El 08 de diciembre 2005 con el oficio N° 45963 los señores Ing. René Escalante González, Gerente Administrativo y el Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero solicitan al Lic. Róger Aguilar Gutiérrez, Director Actuarial y de Planificación Económica el detalle de los costos según cantidad estimada de personas no aseguradas

para cada uno de los años a partir de 1998 para el cobro al Estado por aplicación del Código de la Niñez y la Adolescencia; en el oficio de referencia se indica:

- “[...] le solicitamos actualizar y completar la información remitida por esa Dirección a la Gerencia de División Financiera mediante nota DAPE-585 del 10 diciembre de 1999, que incluía la estimación del costo de atención a la población de menores no asegurada.

xxii) Resultados

- La metodología del “Costo por Aseguramiento”, propuesta en el citado oficio, es la que utilizará para realizar el cobro de este servicio al Estado, para lo cual se requiere el detalle de los costos según cantidad estimada de personas no aseguradas para cada uno de los años a partir de 1998. (Resaltado propio).
.... la Dirección Financiero Contable nos ha informado que ya tiene establecidos los procedimientos para el cobro y registro contable de dichas obligaciones, las cuales de acuerdo con la ley indicada corren a cargo del Ministerio de Hacienda [...]”.

xxiii) Resultados

- El 06 de enero 2006 con nota DAPE-005, el Lic. Guillermo López Vargas, Subdirector Actuarial de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica comunica a los señores Ing. René Escalante González, Gerente Administrativo y el Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero, que en atención a oficio 45.963 remite la información referente al “Costo del Programa de Aseguramiento, Según el Código de la Niñez y la Adolescencia”, para el período 1998-2004 por un total de € 67.332,5 millones de colones.

xxiv) Resultados

- El 25 de abril 2006, con nota N° 14378-06 el Ing. René Escalante González, Gerente Administrativo en esa época, convoca a reunión para el 9 de mayo 2006, a los señores: Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero, Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable, Lic. Eduardo Blanco Rodríguez, Director de Servicios Institucionales y al Lic. Guillermo López Vargas, Subdirector Actuarial; con el propósito de analizar conjuntamente el tema sobre la facturación al Estado por la aplicación del Código de la Niñez y la Adolescencia.

xxv) Resultados

- El 22 de mayo 2006 mediante oficio DAPE-241, el Lic. Guillermo López Vargas, Subdirector Actuarial de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica informa a los señores Ing. René Escalante González, Gerente Administrativo y el Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero, que:
- “En atención a la solicitud verbal planteadas por ustedes, como complemento a la nota DAPE-005 del 06 de enero del 2006, me permito remitirles la información referente al “Costo del Programa de Aseguramiento, Según el Código de la Niñez y la Adolescencia”, para el período 1998 – 2005 [...]”. El cual según cuadro alcanza la suma de €34.817,4 millones de colones.

xxvi) Resultados

- **El 30 de junio 2006 por medio del asiento de diario 14-06-06-9230 la Subárea Contabilidad Operativa efectúa el registro de la cuenta por cobrar al Estado producto de la aplicación de la Ley 7739 “Código de la Niñez y Adolescencia”, para los años 1998 al 2005 según nota DC-447-06 del 20 de junio 2006,** suscrita por el Lic. Miguel Cordero García, Jefe del Departamento de Contabilidad; en la cual remite copia del oficio DFC-1438-2006 del 12 de junio 2006, y solicita a los señores:

xxvii) Resultados

- Licda. Auxiliadora Villalta Gómez, Jefe Sección Contabilidad General y al Sr. Francisco Delgado Kilgus, Jefe Unidad de Análisis y Procedimientos Contables, **proceder con los registros contables correspondientes producto de la aplicación de la ley N° 7739 “Código de la Niñez y la Adolescencia”, artículo 42,** así como certificar las deudas para las gestiones cobratorias por parte de la Dirección de Cobros.

xxviii) Resultados

- De la revisión de la documentación aportada por la Administración Activa referente a la determinación de la facturación o cuenta por cobrar al Estado por la aplicación de lo que establece la Ley 7739 “Código de la Niñez y la Adolescencia”, **se concluye que en la determinación de la metodología de cálculo para el registro y cobro al Estado por este concepto, la administración duró aproximadamente 8 años en definir la misma;**

xxix) Resultados

- **La cual finaliza con una propuesta de acuerdo que presenta** la Gerencia Financiera en conjunto con la Dirección Actuarial y Económica **a la Junta Directiva, en la que se propone homologar la metodología de cálculo del Código de la Niñez y la Adolescencia con la del “Programa Seguro por el Estado”** (Población Indigente).

xxx) Resultados

- **Es importante resaltar el hecho que existía duda sobre si la metodología empleada en este último concepto estaba de conformidad con lo que establece el artículo 6 de la Ley 7374,** dado que la administración activa aceptó la disposición de la Contraloría General de la República, sin antes solicitar criterio a la Procuraduría General de la República, quien es el órgano competente de dilucidar esta situación.

xxxi) Resultados

- **La inexistencia de un criterio que determine en definitiva cuál es la interpretación legal correcta del artículo 6 de la Ley 7374, produce una incertidumbre sobre si las acciones adoptadas están conforme a derecho,** por cuanto los parámetros utilizados en la nueva metodología podrían no ajustarse a los alcances del citada norma, al basarse en una interpretación extensiva de la Ley, la cual difiere de la interpretación que por siete años se realizó del citado artículo 6, sin que exista claridad de cuál es la interpretación correcta.

A pesar de esta situación la administración activa decide llevar a Junta Directiva una propuesta de acuerdo para que la facturación del programa “Código de la Niñez y la Adolescencia” se efectuara de la misma forma que la del seguro por el Estado.

xxxii) Recomendaciones

JUNTA DIRECTIVA

- Solicite a Presidencia Ejecutiva realizar una investigación administrativa, para determinar si las acciones de las Gerencias Médica, Administrativa y Financiera, las Direcciones Actuarial, Servicios Institucionales y Dirección Financiero Contable, así como el Área de Coberturas del Estado (antes Departamento (Área) Regulación del Seguro de Salud), han sido competentes, suficientes y oportunas para la salvaguarda de los intereses de la Institución y la recuperación efectiva del dinero correspondiente al Programa Código de la Niñez y la Adolescencia. En dicha investigación deberán analizar:

xxxiii) Recomendaciones:

- Lo actuado por las Gerencias Médica, Administrativa y Financiera, las Direcciones Actuarial, Servicios Institucionales y Dirección Financiero Contable en la determinación de la metodología para el cobro al Estado de los costos de atención a la población definida en la Ley 7739 “Código de la Niñez y de la Adolescencia”, lo que conllevó que el primer registro contable por este concepto, correspondiente al período de 1998 al 31 de diciembre 2005, se efectuara hasta el 30 de junio 2006, a pesar que la ley había entrado en vigencia en febrero de 1998.

xxxiv) Recomendaciones:

- Analizar las razones por las cuales la Gerencia Administrativa y el Área de Coberturas del Estado (antes Departamento (Área) Regulación del Seguro de Salud), no atendieron oportunamente lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 3° de la sesión 8172 del 26 de julio del 2007, respecto a la creación de un sistema similar al de Asegurados por Cuenta del Estado para la Ley 7739, situación que impide disponer de información confiable y oportuna, con la cantidad de registros que sustenten la facturación para que la Dirección Actuarial calcule el costo por los servicios brindados a esta población, del período 2008 al 2013; provocando que no se haya facturado y cobrado lo concerniente a este período, y por ende calculado los intereses que correspondan.

xxxv) Recomendaciones:

- La actuación de la Gerencia Financiera y la Dirección Actuarial por elaborar y presentar a la Junta Directiva propuesta de cambio de la metodología de cálculo para el cobro al Estado de los costos de atención a la población definida en la Ley 7739 “Código de la Niñez y de la Adolescencia, que consistía en estimaciones generadas a partir de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples, homologándola a la metodología utilizada para la facturación del programa asegurados por cuenta del estado, la cual se basa en la población beneficiaria efectivamente registrada en una

base de datos, a pesar que existe discrepancia de criterio respecto a la metodología que legalmente corresponde aplicar (Informe de Auditoría ASF-282-2012 del 22 de octubre del 2012), encontrándose pendiente el requerimiento de criterio a la Procuraduría General de la República para dilucidar cuál es la interpretación correcta, situación que ocasionó la disminución de la cuenta 265-20-0 “Cuentas por Cobrar Ley 7739 Código de la Niñez y Adolescencia”, en un monto de ¢33.305.200.000.00 (Treinta y tres mil trescientos cinco millones doscientos mil colones).

xxxvi) Recomendaciones:

- El resultado de la investigación realizada deberá ser comunicado a la instancia competente, para que en caso de evidenciarse posibles actuaciones irregulares, se adopten las acciones que en derecho correspondan.

A propósito de la aclaración de la doctora Balmaceda Arias, en el sentido de que hubo un atraso pero no porque se dejó de hacer, sino porque se estaban diseñando las gestiones para la metodología de cobro, le parece al señor Auditor que se tardó mucho tiempo en recibir esa metodología de cobro internamente.

Señala la Directora Solera Picado que quiere dejar constancia de que esta Junta Directiva, desde que inició la labor encomendada, se ha preocupado mucho por fortalecer la parte de validación de derechos. Esta exposición que acaba de hacer el señor Auditor responde en parte a todas las debilidades que se encontraron en la parte de validación de derechos. Por fortuna, esta Junta, al asumir sus funciones, las primeras plazas que aprobó fueron para fortalecer esa área que durante muchos años ha estado un poco rezagada. Quiere dejar constancia en el acta que ha sido una preocupación de esta Junta y de la misma Administración, retomar un asunto que había estado totalmente debilitado.

El Director Gutiérrez Jiménez anota que evidentemente ahí hay eventuales prescripciones, sin embargo y también por economía procesal y por los principios de conveniencia y oportunidad, se podría pensar que después de 8 años, habiendo la posibilidad de prescripciones, podría haber ciertas consideraciones. Sin embargo, le parece que si hay situaciones patrimoniales, en donde ha habido fondos públicos relacionados por eventuales o presuntas negligencias de alguna persona, lo que procedería es que los señores de la Auditoría o el órgano que está haciendo la investigación preliminar, pidan una aclaración a las personas que están relacionadas con este informe, para tratar de determinar si hay presuntos daños patrimoniales. Particularmente cree que si hay esa posibilidad, no debe abrirse un órgano director sino abrir un órgano de investigación preliminar que pueda valorar el caso y poder concluir si hay o no daños patrimoniales. Sería interesante, a efecto de que a este órgano directivo le quede un poco más claro, ver si la Auditoría, dentro de los insumos que ha evaluado, puede identificar si hay una cuantificación presunta que pueda servir como base para las acciones que correspondan.

Al licenciado Alfaro Morales le parece que formalizar todo un órgano preliminar solo para ver ese detalle, es un gran tema burocrático, y a la larga la Auditoría podría analizar ese punto con más profundidad.

El señor Auditor señala que su sugerencia es que se haga la investigación preliminar, porque hay diferencias en la aplicación de la metodología de millones de colones.

El Director Marín Carvajal indica que en su caso, vista la sugerencia directa, clara y transparente de la Auditoría, acogería sus recomendaciones.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio N° 27117 de fecha 2 de abril del año 2014, suscrito por el señor Auditor, mediante el que presenta el informe ASF-32-2014 “Evaluación deuda del Estado por Ley N° 7739 -Código de la Niñez y Adolescencia”, que literalmente se lee en los siguientes términos:

“Se remite Informe ASF-32-2014 “Evaluación Deuda del Estado por Ley 7739 “Código de la Niñez y la Adolescencia”; el cual fue elaborado en atención al Plan Anual Operativo del Área de Servicios Financieros 2013.

De conformidad con las pruebas de auditoría aplicadas, los resultados de la evaluación, evidenciaron algunas situaciones de carácter administrativo que merecen atención, tales como; que la Caja Costarricense del Seguro Social, por aproximadamente 10 años tuvo que financiar el programa del Código de la Niñez y la Adolescencia; dado que la ley entró en vigencia el 06 de febrero 1998 y hasta el 30 de abril 2008 es que recibe el primer pago por este concepto.

Analizadas las acciones de la administración, se evidencia que ésta no fue eficiente en determinar la metodología para el cálculo de la facturación al Estado por este concepto; situación que ocasionó que no se pudiera realizar el cobro oportuno de la deuda correspondiente al programa de atención de la niñez y la adolescencia, en dos espacios en el tiempo, previo a la firma del convenio entre la Caja y el Ministerio de Hacienda (1998-2007), donde en razón del pronunciamiento de la Contraloría General de la República se cambió la metodología de cálculo del Programa de atención de indigentes; y que la administración decidió homologar este procedimiento de cálculo para el Programa de Atención de la Niñez y la Adolescencia; lo cual ocasionó que se disminuyera de los Estados Financieros una suma considerable de dinero, negociándose el monto de ₡2,141.500.000.00 (dos mil ciento cuarenta y un millones quinientos mil colones), por la deuda acumulada desde 1998 al 31 de diciembre 2007.

La Caja, al momento de determinar la deuda del Programa de Atención de la Niñez y la Adolescencia, no gestionó el cobro de intereses, lo que hubiera legitimado esas sumas y posibilitado su recuperación a través de acciones legales, si se hubieran considerado dentro del monto que sería incluido en los convenios suscritos el 29 de agosto 2007 (deuda 1998 al 30/06/2007) y el 15 de octubre 2008 (deuda correspondiente al segundo semestre 2007).

Posterior a esta negociación han transcurrido seis años y no se ha logrado recuperar suma alguna; por cuanto, la base de datos que se le encomendó diseñar a la Gerencia Administrativa a través del Departamento de Regulación del Seguro de Salud (denominado hoy en día “Área Coberturas del Estado”), no ha logrado brindar

información confiable y oportuna sobre la población beneficiaria de la Ley de referencia.

Además, existe incertidumbre en la Administración sobre que metodología debería aplicar para cobrar al Estado lo correspondiente a las obligaciones que a través de varias leyes (denominadas por la Institución como “Leyes Especiales” (Asegurados por Cuenta del Estado, Código de la Niñez y la Adolescencia, Adulto Mayor, Decreto Prevención Cáncer de Cervix, Convención Iberoamericano de los Derechos de los Jóvenes, Ley general Sobre el VIH Sida, etc.)) le han impuesto a la Caja; en cuanto a brindar los servicios de salud a estas poblaciones; sin que ninguna de las partes resulte perjudicada (Caja-Gobierno). Esto unido a la falta de un sistema de información que permita identificar claramente las personas que están siendo atendidas en los diferentes establecimientos de salud; por lo que se podría estar dando el traslape entre las poblaciones.

Situación que se refleja en el sistema de información creado para registrar la población beneficiaria del programa asegurados por el Estado (Indigentes), en la cual se está ingresando también, los aseguramientos por leyes especiales; el que ha generado en la Administración polémica en cuanto a los datos registrados (si se están ingresando al mismo todas las personas atendidas, determinar que éstas no estén cubiertas por otra modalidad de aseguramiento (como beneficiario de un asegurado directo, ya sea este por su condición de trabajador asalariado, independiente, cuenta propia o por el Estado); así como la falta de supervisión de la información que están registrando las diferentes Unidades de Validación de Derechos al SIAC, lo que hace dudar sobre la integridad de la base de datos.

Como consecuencia de no facturarse al Estado lo correspondiente a la Ley 7739, en el período 2008 al I semestre del 2013, se estaría corriendo el riesgo de que el Ministerio de Hacienda no reconozca la deuda, la cual si se utiliza la estimación efectuada por la Dirección Actuarial en el 2009, para facturar y cobrar del 2011 al 30 de junio 2013, alcanzaría la suma de ¢859.250.000,00 (ochocientos cincuenta y nueve millones doscientos cincuenta mil colones); más lo contabilizado para el período 2008-2010 por ¢1,008,126,230.17 (un mil ocho millones ciento veintiséis mil doscientos treinta colones con diecisiete céntimos), habría un monto pendiente por cobrar de ¢1,867,376,230.27 (un mil ochocientos sesenta y siete millones trescientos setenta y seis mil doscientos treinta colones con veintisiete céntimos); sin contemplar los intereses correspondientes.

Solicito su consideración y resolución sobre las recomendaciones para los efectos del caso”,

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte del licenciado Jorge Arturo Hernández Castañeda, Auditor, y en lo que concierne a este órgano colegiado, esta Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** acoger las recomendaciones que literalmente se leen en los siguientes términos:

“JUNTA DIRECTIVA

1. Solicite a Presidencia Ejecutiva realizar una investigación administrativa⁶, para determinar si las acciones de las Gerencias Médica, Administrativa y Financiera, las Direcciones Actuarial, Servicios Institucionales y Dirección Financiero Contable, así como el Área de Coberturas del Estado (antes Departamento (Área) Regulación del Seguro de Salud), han sido competentes, suficientes y oportunas para la salvaguarda de los intereses de la Institución y la recuperación efectiva del dinero correspondiente al Programa Código de la Niñez y la Adolescencia. En dicha investigación deberán analizar:
 - Lo actuado por las Gerencias Médica, Administrativa y Financiera, las Direcciones Actuarial, Servicios Institucionales y Dirección Financiero Contable en la determinación de la metodología para el cobro al Estado de los costos de atención a la población definida en la Ley 7739 "Código de la Niñez y de la Adolescencia", lo que conllevó que el primer registro contable por este concepto, correspondiente al período de 1998 al 31 de diciembre 2005, se efectuara hasta el 30 de junio 2006, a pesar que la ley había entrado en vigencia en febrero de 1998.
 - Analizar las razones por las cuales la Gerencia Administrativa y el Área de Coberturas del Estado (antes Departamento (Área) Regulación del Seguro de Salud), no atendieron oportunamente lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 3° de la sesión 8172 del 26 de julio del 2007, respecto a la creación de un sistema similar al de Asegurados por Cuenta del Estado para la Ley 7739, situación que impide disponer de información confiable y oportuna, con la cantidad de registros que sustenten la facturación para que la Dirección Actuarial calcule el costo por los servicios brindados a esta población, del

⁶ Fases de la investigación administrativa: "La Sala Constitucional en Resolución 02462-03, definió las etapas para la aplicación de la investigación administrativa, de la siguiente manera: La primera se refiere al inicio de la denominada investigación preliminar, que puede comenzar con una denuncia a con una actuación de oficio del Estado. Esta fase se relaciona con las primeras averiguaciones y pesquisas que realiza la Administración con el fin de determinar si en efecto hay mérito para iniciar un procedimiento administrativo formal. En este momento, la documentación recopilada y los dictámenes al efecto resultan confidenciales para cualquier persona en la medida que, por un lado, se deben garantizar los resultados de la investigación y, por otro lado, no existe certeza aún sobre la procedencia o no de lo denunciado. La segunda fase comprende el momento desde que empieza un procedimiento administrativo, normalmente a partir de una investigación preliminar, hasta que se comunica la resolución final del mismo. En esta etapa, resulta obvio que los pruebas e informes relativos a lo indagado tienen que estar a disposición de las partes involucradas, a fin de que las autoridades públicas investiguen lo concerniente y los cuestionados ejerzan efectivamente su derecho de defensa. El denunciante no se puede tener técnicamente como parte en un procedimiento administrativo de este tipo por el mero hecho de la denuncia interpuesta, sino que éste debe hacerse presente en dicho procedimiento y demostrar poseer algún derecho subjetivo o interés legítimo que fuera actual, propio y legítimo, y pudiera resultar directamente afectado, lesionado o satisfecho, en virtud del acto final del procedimiento de investigación, según lo contemplado en el artículo 275 de la Ley General de Administración Pública. Con excepción de las partes, durante la segunda etapa ninguna otra persona puede tener acceso al expediente administrativo correspondiente, puesto que aún la Administración no ha concluido si el acto investigado efectivamente sucedió y de qué forma, o si existe mérito o no por una sanción. En la última etapa, que concluye con la notificación de la resolución final de la investigación a las partes, cesa la confidencialidad de la información contenida en el expediente administrativo correspondiente, que por versar sobre cuestiones relacionadas con el desempeño de los servidores estatales, resulta de evidente interés público y debe estar a disposición de todo ciudadano. De conformidad con los resultados obtenidos en la investigación se determina la existencia de responsabilidades de funcionarios, la administración debe proceder a la instauración del órgano director del procedimiento administrativo".

período 2008 al 2013; provocando que no se haya facturado y cobrado lo concerniente a este período, y por ende calculado los intereses que correspondan.

- La actuación de la Gerencia Financiera y la Dirección Actuarial por elaborar y presentar a la Junta Directiva propuesta⁷ de cambio de la metodología de cálculo para el cobro al Estado de los costos de atención a la población definida en la Ley 7739 "Código de la Niñez y de la Adolescencia"⁸, que consistía en estimaciones generadas a partir de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples, homologándola a la metodología utilizada para la facturación del programa asegurados por cuenta del estado, la cual se basa en la población beneficiaria efectivamente registrada en una base de datos, a pesar que existe discrepancia de criterio respecto a la metodología que legalmente corresponde aplicar (Informe de Auditoría ASF-282-2012 del 22 de octubre del 2012), encontrándose pendiente el requerimiento de criterio a la Procuraduría General de la República⁹ para dilucidar cuál es la interpretación correcta. Situación que ocasionó la disminución de la cuenta 265-20-0 "Cuentas por Cobrar Ley 7739 Código de la Niñez y Adolescencia", en un monto de C33.305.200.000.00 (Treinta y tres mil trescientos cinco millones doscientos mil colones).

El resultado de la investigación realizada deberá ser comunicado a la instancia competente, para que en caso de evidenciarse posibles actuaciones irregulares, se adopten las acciones que en derecho correspondan.

Plazo para atender la recomendación: 3 meses”.

En consecuencia, proceda la Presidencia Ejecutiva a realizar una investigación administrativa, en los términos que han sido transcritos en párrafos precedentes.

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

Ingresa al salón de sesiones la licenciada Karina Aguilera Marín, Asistente de la Gerencia de Logística.

ARTICULO 48°

Con la venia de los señores Directores y en virtud de que la señora Gerente de Logística atiende un compromiso institucional fuera de su oficina, la licenciada Aguilera Marín presentará en adelante los dos asuntos agendados en el caso de la Gerencia de Logística.

La licenciada Aguilera Marín presenta el oficio N° GL-17.425-14 de fecha 28 de abril de 2014, firmado por la Gerente de Logística, que contiene la propuesta para adjudicar la compra directa

⁷ Propuesta conocida y aprobada en el artículo 3° de la sesión 8172 del 26 de julio del 2007.

⁸ La metodología de cálculo para la facturación y cobro del concepto "Código de la Niñez y la Adolescencia", no había sido objetada por la Contraloría General de la República. Este órgano de control objetó la metodología del Programa Asegurados por Cuenta del Estado (Indigentes).

⁹ Recomendación N° 1 del informe de Auditoría ASF.282-2012 del 22/10/2012.

N°2014CD-000021-5101: ítem único: 180.000 (ciento ochenta mil) ampollas de la Vacuna combinada de Toxoide Diftérico y Tetánico; oferta única: Organización Panamericana de la Salud por un monto total de US\$2.326.975 (dos millones trescientos veintiséis mil novecientos setenta y cinco dólares). Al efecto, se apoya en las láminas que se especifican:

I) GERENCIA DE LOGÍSTICA
30 DE ABRIL DEL 2014.

II) Compra de Medicamentos No.
2014ME-000021-05101.

Vacuna combinada de Toxoide Diftérico y Tetánico, componentes de Pertussis Acelulares naturales y Toxoide de Pertussis, Poliovirus de tipo 1, 2, 3 inactivados Suspensión inyectable. Jeringas prellenadas con 0,5 ml. De suspensión para dosis única y Vacuna Haemophilus tipo b. Polvo liofilizado para suspensión estéril. Frasco ampolla con dosis única. Código: 1-10-44-4762.

III) **Forma de contratación:**

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

Art. 19.

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

Art. 20

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

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

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

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

IV)

- **Cantidad a comprar:** 180.000 Ampollas.
- **Modalidad de la compra:** Ordinaria, aplicación del artículo 129, del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa.
- **Análisis técnico:** Efectuado por la Sub. Área a Análisis y Vigilancia Epidemiológica, la cual recomendó:

Ofertas Recibidas	Cantidad	Precio Unitario	Monto Total	Análisis
Organización Panamericana de la Salud.	180.000 Ampollas.	\$ 12,9276388889	\$ 2,326,975,00	UNICA OFERTA

Razonabilidad del Precio:

Mediante oficio No. ACC-0797-2014, de fecha 22 de abril de 2014 (folios 057 al 058), el Área de Contabilidad de Costos, avala técnicamente el estudio de razonabilidad del precio elaborado por el Área de Gestión de Medicamentos, visible folios del 051 al 053, en el cual indica, entre otras cosas, lo siguiente:

"Al respecto, el Análisis de Razonabilidad del Precio (visible entre los folios N°51 al N°53) utiliza como parámetro de referencia el precio registrado en la página web del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus nombre en inglés) por un monto de US\$15,38 cada ampolla, por lo que concluye que el precio ofertado por la Organización Panamericana de la Salud es Razonable..."

- V) ... Es importante mencionar la restricción de ubicar más precios de referencias para fortalecer el análisis, debido a que esta vacuna es la primera vez que se pretende adquirir, de acuerdo a orden de adquisiciones N°26-2609462 bajo el código 1-10-44-4762 (folio N°05), por lo que a partir de este valor debe iniciarse la construcción del registro histórico..”

Criterio Legal:

Mediante oficio No. DJ-02725-2014, de fecha 24 de abril del 2014, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que se proceda con el trámite de adjudicación por parte de la Junta Directiva (Folio 064).

- **Recomendación:**

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de compra directa No. 2014CD-000021-5101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones, en sesión No. 09, de fecha 28 de abril del 2014, avala el presente caso con la finalidad de elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, según el siguiente detalle:

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

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UNICO	Vacuna combinada de Toxoide Diftérico y Tetánico, componentes de Pertussis Acelulares naturales y Toxoide de Pertussis, Poliovirus de Tipo 1, 2, 3 inactivos y Vacuna Haemophilus Tipo B conjugada.	180.000 Ampollas	\$ 12,9276388889	\$ 2,326,975,00
MONTO TOTAL A ADJUDICAR			\$ 2,326,975,00	

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

VI) Propuesta de acuerdo

Por consiguiente, conocida la información presentada por la Ing. Dinorah Garro Herrera, Gerente de Logística, que concuerda con los términos del oficio N° GL-17.425-2014 de fecha 28 de abril del presente año y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva ACUERDA:

***ACUERDO PRIMERO:** adjudicar a favor de la Organización Panamericana de la Salud, oferta única, el renglón único de la Compra Directa No. 2014CD-000021-5101, promovida para la adquisición de Vacuna combinada Toxoide Diftérico y Tetánico., según el siguiente detalle:*

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UNICO	Vacuna combinada de Toxoide Diftérico y Tetánico, componentes de Pertussis Acelulares naturales y Toxoide de Pertussis, Poliovirus de Tipo 1, 2, 3 inactivos y Vacuna Haemophilus Tipo B conjugada.	180.000 Ampollas.	\$12,92763888889	\$ 2,326,975,00
MONTO TOTAL A ADJUDICAR			\$ 2,326,975,00	

Entregas: Una sola entrega a 30 días.

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

Comenta la Directora Solera Picado que, por lo que ha oído, es la primera vez que se adquiere esta vacuna y pregunta qué origina esta compra.

La señora Presidenta Ejecutiva aclara que la Comisión Nacional de Vacunación es la que define por qué se vacuna, cuál es la dosis, etc. Esa Comisión está integrada en una cuarta parte por la CCSS y en tres cuartas partes por el Ministerio de Salud; ellos definen y la CCSS se encarga del proceso de compra.

Agrega doña Aixa que el nombre le es familiar y por ello le llama la atención de que sea la primera vez que se adquiere. Es importante también que quede en actas cuál es la necesidad de esa vacuna y si está dentro de la LOM; además, cuál es la justificación que da la parte técnica de la Institución, porque no es solamente el criterio de la Comisión Nacional, sino el de la parte técnica de la Institución.

La doctora Balmaceda Arias indica que la facultad de la Comisión Nacional de Vacunación está dada por ley y es prácticamente obligatorio acoger sus recomendaciones. Lo que aquí se tiene que proteger es todo el proceso técnico administrativo para la compra. Por otra parte, aclara que se

estaban comprando unas vacunas para la TDT, lo que pasa es que ahora viene una nueva presentación y una combinación diferente de las vacunas que siempre se han estado aplicando, que son las vacunas combinadas de toxoide diftérico y tetánico.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° GL-17.425-2014 fechado 28 de abril del año en curso que firma la señora Gerente de Logística y, en lo conducente, literalmente se lee de este modo:

“El Área de adquisiciones de Bienes y Servicios, mediante oficio No. LPM-0454-2014, de fecha 24 de abril del 2014, recibido el día 25 de marzo del 2014, visible en folios del 068 al 069, traslada el presente expediente para que el mismo sea avalado por la Comisión Especial de Licitaciones, para su respectiva adjudicación por parte de la Junta Directiva.

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

Antecedentes:

Forma de contratación:

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

Art. 19.

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

Art. 20

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

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

“Artículo 129:

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

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

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

Comisión Especial de Licitaciones: Analizada en la sesión N° 09, de fecha 28 de abril del 2014. Se avala la propuesta de adjudicación y se recomienda elevar ante Junta Directiva.

2. Participantes:

Oferta	Oferente	Monto Total
UNICA	Organización Panamericana de la Salud.	\$ 2.326.975,00

3. Análisis Administrativo:

Efectuado el 26 de marzo del 2014 por la Sub Área de Análisis del Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta cumple con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel. (Folio 039 al 041).

4. Criterio Técnico:

Mediante acta de recomendación de fecha 02 de abril del 2014, visible en el folios del 045 al 048, suscrito por la Sub. Área de Análisis y Vigilancia Epidemiológica, se recomienda técnicamente la compra de la vacuna combinada de toxoide Diftérico y Tetánico, componentes de Pertussis Acelulares naturales y toxoide de Pertussis.

5. Razonabilidad del Precio:

Mediante oficio N° ACC-0797-2014, de fecha 22 de abril de 2014 (folios 057 al 058), el Área de Contabilidad de Costos, avala técnicamente el estudio de razonabilidad del precio elaborado por el Área de Gestión de Medicamentos, visible folios del 051 al 053, en el cual indica, entre otras cosas, lo siguiente:

“Al respecto, el Análisis de Razonabilidad del Precio (visible entre los folios N°51 al N°53) utiliza como parámetro de referencia el precio registrado en la página web del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus nombre en inglés) por un monto de US\$15,38 cada ampolla, por lo que concluye que el precio ofertado por la Organización Panamericana de la Salud es Razonable...”

... Es importante mencionar la restricción de ubicar más precios de referencias para fortalecer el análisis, debido a que esta vacuna es la primera vez que se pretende adquirir, de acuerdo a orden de adquisiciones N°26-2609462 bajo el código 1-10-44-4762 (folio N°05), por lo que a partir de este valor debe iniciarse la construcción del registro histórico.”

6. Criterio Legal:

Mediante oficio N° DJ-02725-2014, de fecha 24 de abril del 2014, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que se proceda con el trámite de adjudicación por parte de la Junta Directiva (Folio 064).

7. Recomendación para Junta Directiva:

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de compra N° 2014CD-000021-5101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones recomienda a la Junta Directiva, la adjudicación de la siguiente manera:

OFERTA UNICA: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UNICO	Vacuna combinada de Toxoide Diftérico y Tetánico, componentes de Pertussis Acelulares naturales y Toxoide de Pertussis, Poliovirus de Tipo 1, 2, 3 inactivos y Vacuna Haemophilus Tipo B conjugada.	180.000 Ampollas	\$ 12,927638888	\$ 2.326.975,00
MONTO TOTAL A ADJUDICAR			\$ 2.326.975,00”,	

y habiéndose hecho la presentación por parte de la licenciada Aguilera Marín, Asistente de la Gerencia de Logística, y con base en la citada recomendación, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** adjudicar a la única oferta, Organización Panamericana de la Salud, el concurso N° 2014CD-000021-5101, promovido por la adquisición de 180.000 (ciento ochenta mil) ampollas de la Vacuna combinada de Toxoide Diftérico y Tetánico, componentes de Pertussis Acelulares naturales y Toxoide de Pertussis, Poliovirus de tipo 1, 2, 3 inactivados, suspensión inyectable; jeringas prellenadas con 0,5 ml., de suspensión para dosis única y Vacuna Haemophilus Tipo B, polvo liofilizado para suspensión estéril, frasco ampolla con dosis única; código: 1-10-44-4762; precio unitario \$12,927638888, para un total de US\$2.326.975 (dos millones trescientos veintiséis mil novecientos setenta y cinco dólares).

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

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

ARTICULO 49°

Se tiene a la vista el oficio N° GL-17.430-14 de fecha 29 de abril de 2014, que en adelante se transcribe, suscrito por la Gerente de Logística que, con la venia de la Junta Directiva, es presentado por la licenciada Karina Aguilera Marín, Asistente de la Gerencia de Logística:

“Por medio de la presente me permito informarles que por un error material en el acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones No. 07, de fecha 31 de marzo de los corrientes, y a su vez en el oficio No. GL-17325-2014, de fecha 03 de abril del año en curso, se indicó lo siguiente:

OFERTA No. 01: INVERSIONES RIO BERDAUME LTDA., Oferta en Plaza.

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
UNICO	Estrógenos Conjugados. Crema Vaginal. Tubos. Tubo con 40 g.	160.000 Tubos.	\$ 6,80 Cada Tubo.	<u>\$ 1.080.000,00</u>

Siendo lo correcto:**OFERTA No. 01: INVERSIONES RIO BERDAUME LTDA., Oferta en Plaza.**

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
UNICO	Estrógenos Conjugados. Crema Vaginal. Tubos. Tubo con 40 g.	160.000 Tubos.	\$ 6,80 Cada Tubo.	<u>\$1.088.000,00</u>

Por lo que se solicita corregir lo acordado en la sesión No. 8709, artículo No. 4°, de día 10 de abril del 2014, en los términos anteriores”,

y con base en lo expuesto, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** corregir el error material contenido en el acto de adjudicación que se dictó en la sesión celebrada el 10 de abril del año en curso, número 8709, artículo 4°, en relación con la compra de medicamentos N° 2013ME-000222-05101, a través de la plataforma de compra electrónica Compr@red, en el sentido de que se adjudica a favor de Inversiones Rio Berdaume LTDA., oferta N° 01 (uno), en plaza; ítem único: 160.000 (ciento sesenta mil) Tubos de estrógenos conjugados; crema vaginal; tubo con 40g. **Total US\$1.088.000 (un millón ochenta y ocho mil dólares).**

Los demás términos de la resolución permanecen invariables.

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 Aguilera Marín se retira del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; la doctora Lisbeth Cordero Méndez, Jefe del Servicio de Radioterapia del Hospital México; la ingeniera María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Directora de Proyección de Servicios de Salud, y los ingenieros Félix Badilla Murillo y Allan Mora Vargas.

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

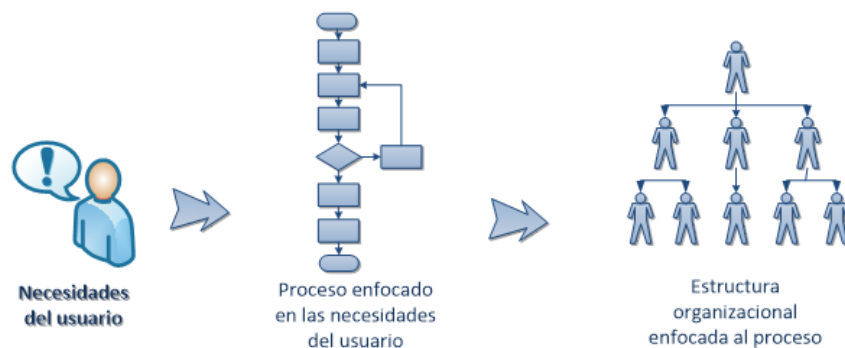
ARTICULO 50°

La señora Gerente Médico se refiere al oficio N° GM-SJD-5044-2014, de fecha 09 de abril del año 2014, firmado por la Gerente Médico, por medio del que se presenta el análisis del proceso del Servicio de Radioterapia, Hospital México.

La presentación está a cargo de la ingeniera Gutiérrez Brenes, con base en las siguientes láminas:

- 1) Análisis del proceso del Servicio de Radioterapia Hospital México
Enfoque al usuario.
- 2)

Análisis del proceso enfocado en el usuario



- 3) Objetivos:
 - **General**
Definir la situación actual del proceso de atención clínica en el servicio de Radioterapia para brindar atención oportuna a los pacientes.
 - **Específicos**
Identificar la situación actual del servicio de Radioterapia, bajo un enfoque general por procesos desde la perspectiva de los usuarios.

Determinar las brechas en la consolidación de los procesos de Gestión de la Organización y Gestión Operativa del servicio de Radioterapia.

Analizar los fallos en el sistema de gestión operativa del servicio, que interrumpen la atención oportuna de los usuarios.

Establecer acciones correctivas para la consolidación de procesos efectivos orientados a la atención del usuario.

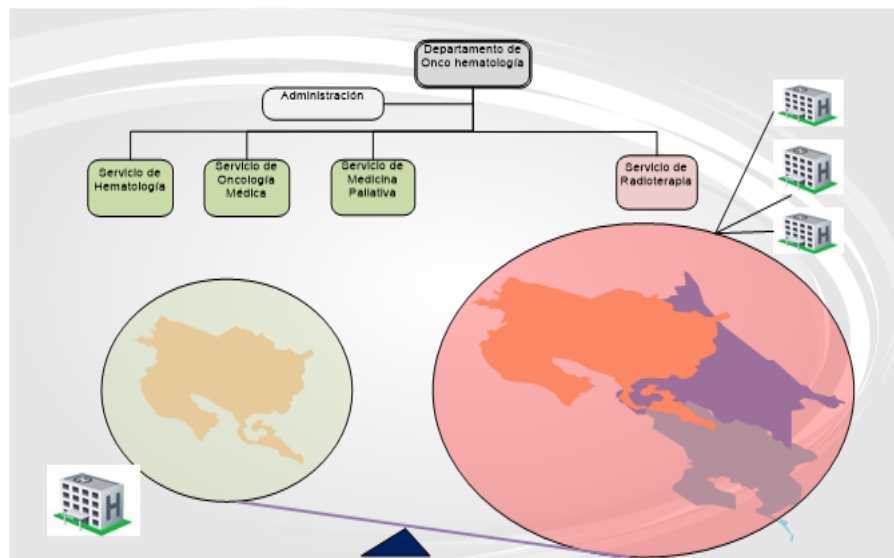
Orientar a la administración activa sobre la estructura organizativa que debe establecerse para dar soporte a procesos efectivos en el servicio.

4) Situación actual:

- Cobertura del servicio.
- Recursos humanos.
- Distribución física.
- Proceso.
- Procesos de apoyo.

5)

Cobertura del servicio

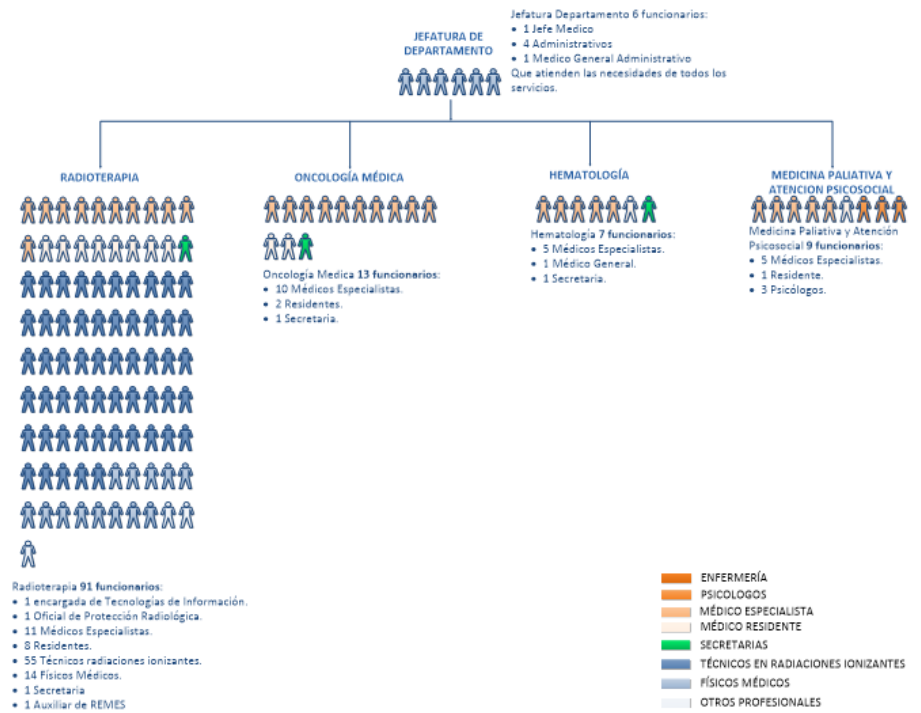


6)

RRHH

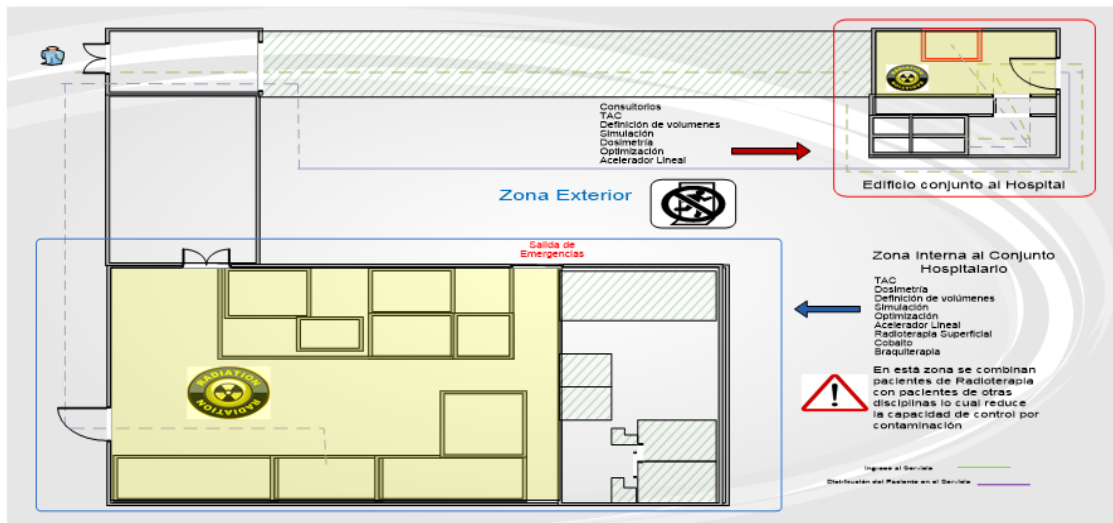
Distribución de Recurso Humano en el departamento de hematooncología.

120 - Hospital México



7)

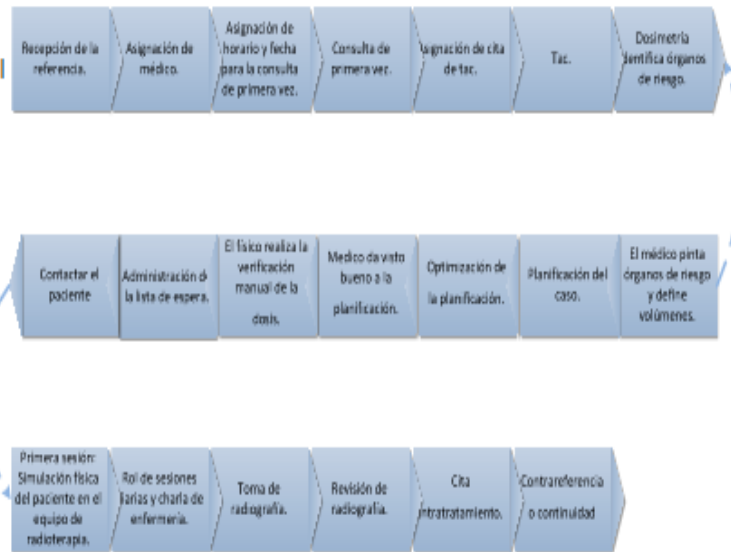
Ubicación Física del Servicio de Radioterapia



8)

Proceso

La relación funcional que guarda radioterapia con el resto de servicios de hematoncología es la misma que el resto de servicios del hospital. Lo mismo sucede con la cobertura que se presta a otros hospitales.

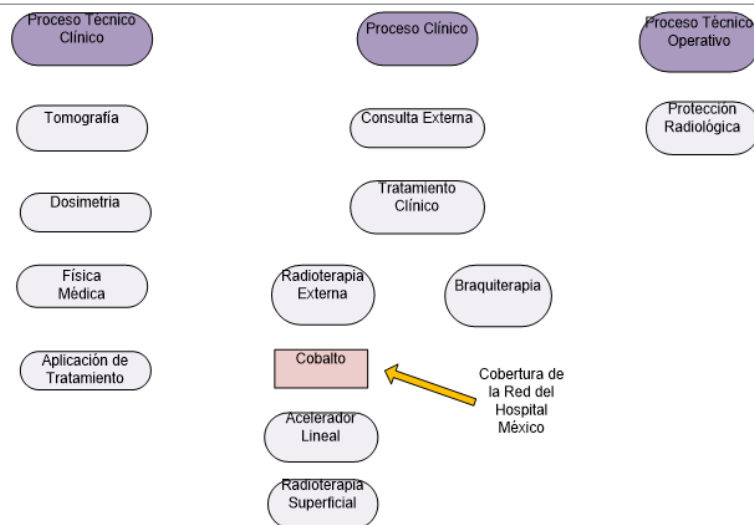


19 actividades identificadas



9)

Procesos según componente



10) Metodología.

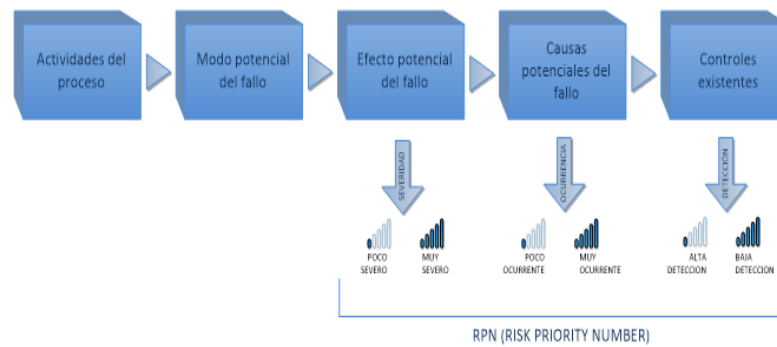
- FMEA.
- ENTREVISTAS.

11)

FMEA

FMEA Failure Mode and Effects Analysis (Análisis modal de fallos y efectos)

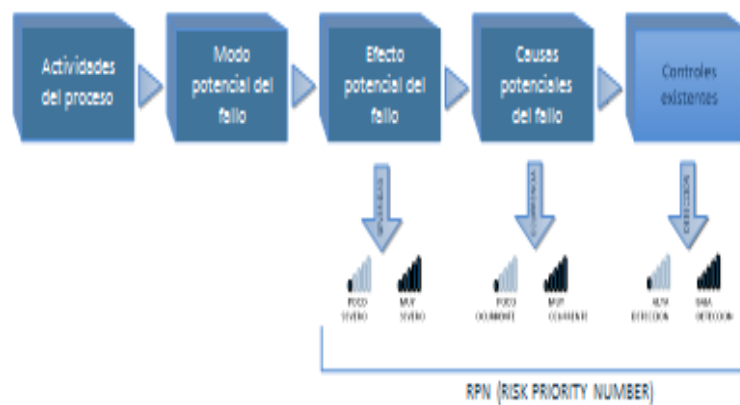
Técnica sistematizada para analizar un sistema, subsistema o producto de todos los potenciales fallos que pueda tener.
Este método combina la severidad de los efectos del fallo, la probabilidad de ocurrencia de la causa y el nivel de detección de los controles que se disponen para este fallo.



12) Entrevistas.

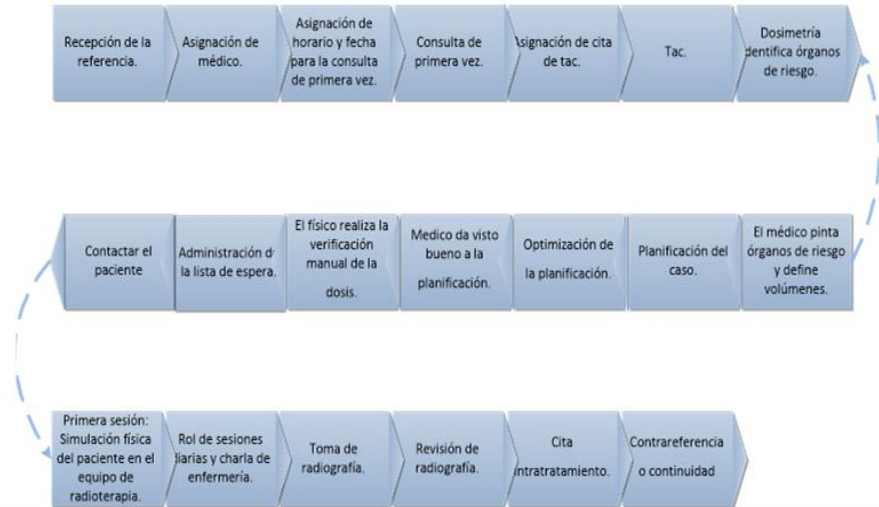
Entrevista con la jefatura del servicio de radiología, jefatura clínica, administrador del servicio, personal de mantenimiento, entre otros.

13)



14)

Proceso



19 actividades identificadas



15)

Cantidad de Fallos Según Actividad

Actividades	Cantidad de fallos
Recepción de la referencia.	4
Asignación de médico.	1
Asignación de horario y fecha para la consulta de primera vez.	0
Consulta de primera vez.	2
Asignación de cita de tac.	1
Tac.	1
Dosimetría identifica órganos de riesgo.	1
El médico pinta órganos de riesgo y define volúmenes.	2
Planificación del caso.	1
Optimización de la planificación.	2
Medico da visto bueno a la planificación.	2
El físico realiza la verificación manual de la dosis.	1
Administración de la lista de espera.	1
Contactar el paciente	1
Primera sesión: Simulación física del paciente en el equipo de radioterapia.	3
Rol de sesiones diarias y charla de enfermería.	5
Toma de radiografía.	1
Revisión de radiografía.	2
Cita intratratamiento.	1
Contrareferencia o continuidad.	1

33 fallos identificados



16)

Actividad del Proceso	Modo Potencial de Fallo
Recepción de la referencia.	Pacientes dejen referencia, se vayan y no la recojan Referencias incompletas sin la información necesaria para poder dar cita Referencia prematura de los casos
Asignación de médico. Asignación de horario y fecha para la consulta de primera vez. Consulta de primera vez.	Cubrir la oferta del Hospital San Juan de Dios Desperdicien cupos de pacientes
Asignación de cita de tac. Tac.	Pacientes de la tarde no cuentan con personal para asignar las citas en este horario Falta de preparación del paciente
Dosimetría identifica órganos de riesgo. El médico pinta órganos de riesgo y define volúmenes.	No se realiza diseño de órganos de riesgo por dosimetría Retraso en el diseño Reasignación del caso
Planificación del caso. Optimización de la planificación.	Variabilidad de casos similares Demora en el sistema de planificación Variabilidad en el proceso de optimización
Medico da visto bueno a la planificación.	No se esta de acuerdo con la planificación u optimización realizada por el físico Aprobar un caso que no este bien
El físico realiza la verificación manual de la dosis. Administración de la lista de espera. Contactar el paciente	Supera la tolerancia especificada Distribución no adecuada de pacientes a los aceleradores lineales Datos incorrectos
Primera sesión: Simulación física del paciente en el equipo de radioterapia.	No coincide lo planificado con el paciente Asignación de transporte a pacientes Pacientes que pierden la cita de inicio
Rol de sesiones diarias y charla de enfermería.	Paciente no cumple con el horario que se cito Fallo de equipo Retrasos en agendas Charlas de enfermería no estandarizada Falta de programación
Toma de radiografía. Revisión de radiografía.	Demora en realizar ajustes de calibración de equipo Falta de tiempo disponible para revisar las placas Diversidad de criterios para revisar las placas
Cita intratratamiento. Contrareferencia o continuidad.	Pacientes no se les asigna la cita oportunamente No se envían contrareferencias

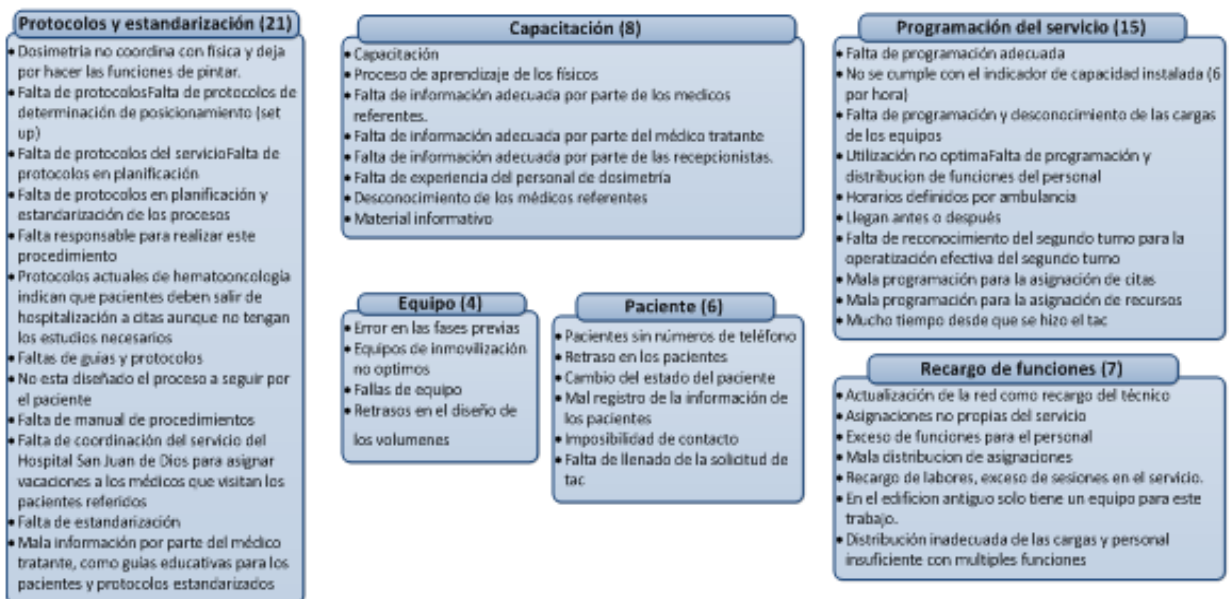


33 fallos identificados

Volver

17)

Causas



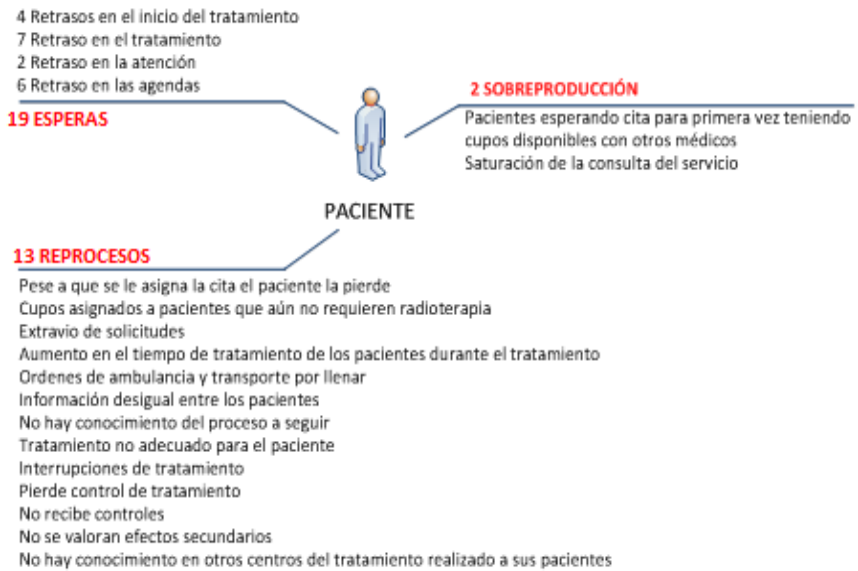
61 causas identificadas

Volver

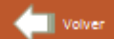
18)

Efectos

Efectos **directos** de las fallas en el paciente



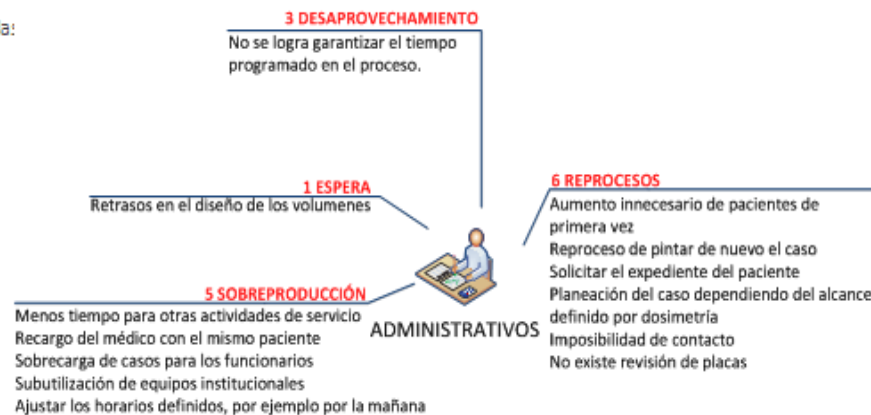
49 efectos identificados



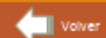
19)

Efectos

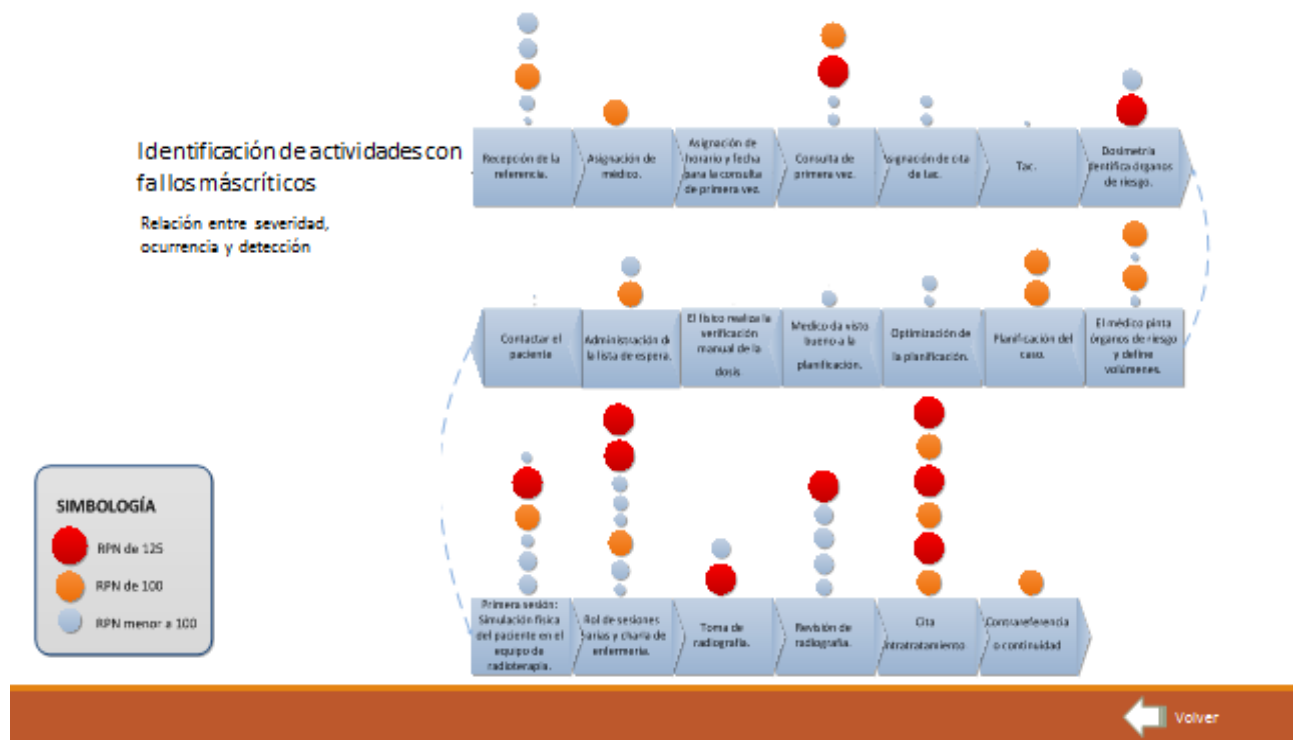
Efectos **indirectos** de las fallas en el paciente



49 efectos identificados

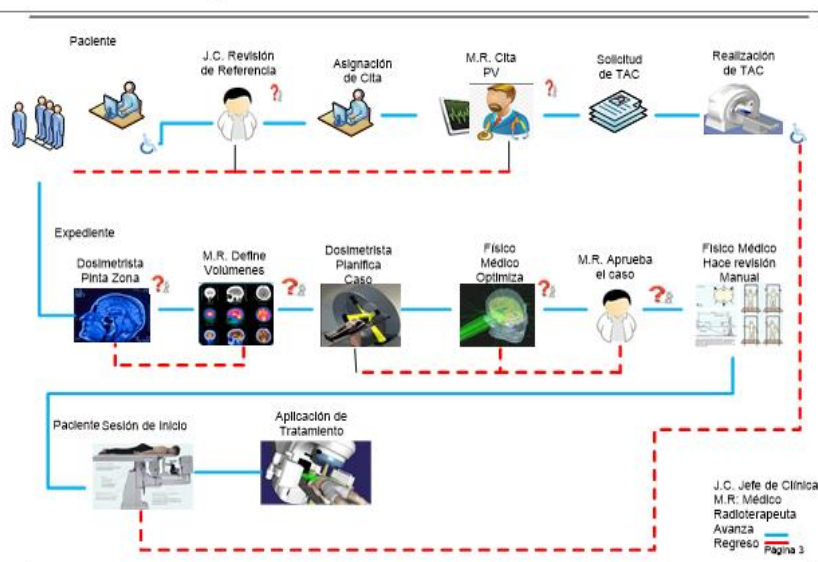


20)



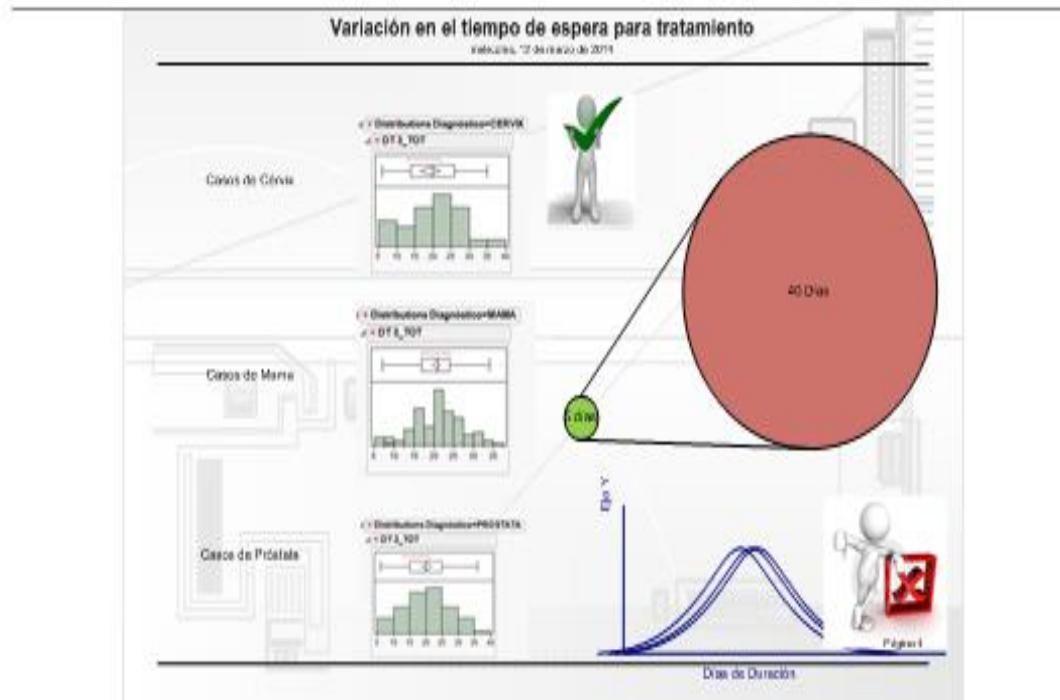
21)

Efecto: Reproceso



22)

Efecto: Esperas



23) Conclusiones y recomendaciones.

24) Conclusiones:

1. No se encuentra evidencia que la problemática encontrada en este estudio se asocie a la dependencia organizativa del servicio.
2. Se evidencian debilidades en el apoyo administrativo para la gestión del servicio de radioterapia en las diferentes actividades, situación apreciada donde parte del recurso humano actual realiza funciones ajenas a su cargo, como el caso de física en el tema de mantenimiento y el encargado de protección radiológica con la gestión de listas de espera.
3. La necesidad de protocolos para el manejo de pacientes en el servicio agrupan la mayor parte de las causas de fallos en el proceso y a su vez genera problemas como recargo de funciones y falta de programación del servicio.
4. Se identifican pocos controles como parte del proceso productivo a favor de garantizar el paso fluido del paciente en las diferentes etapas y el control de la gestión del servicio por la carencia de indicadores, como el caso de mantenimiento.
5. En el proceso se identificaron 33 fallas, 49 efectos y 61 causas que merecen atención para garantizar la fluidez del paciente por el proceso.
6. En el caso de los efectos identificados la mayor cantidad impactan directamente al paciente como esperas y reprocesos, además se identifican como indirectos y administrativos problemas de reproceso y sobreproducción.

7. En las patologías de próstata, mamas y cérvix se identificó que el 50% de los casos es superior a los 20 días en la etapa de planificación, en algunos casos desplazando los tiempos hasta 40 días.

25) Recomendaciones:

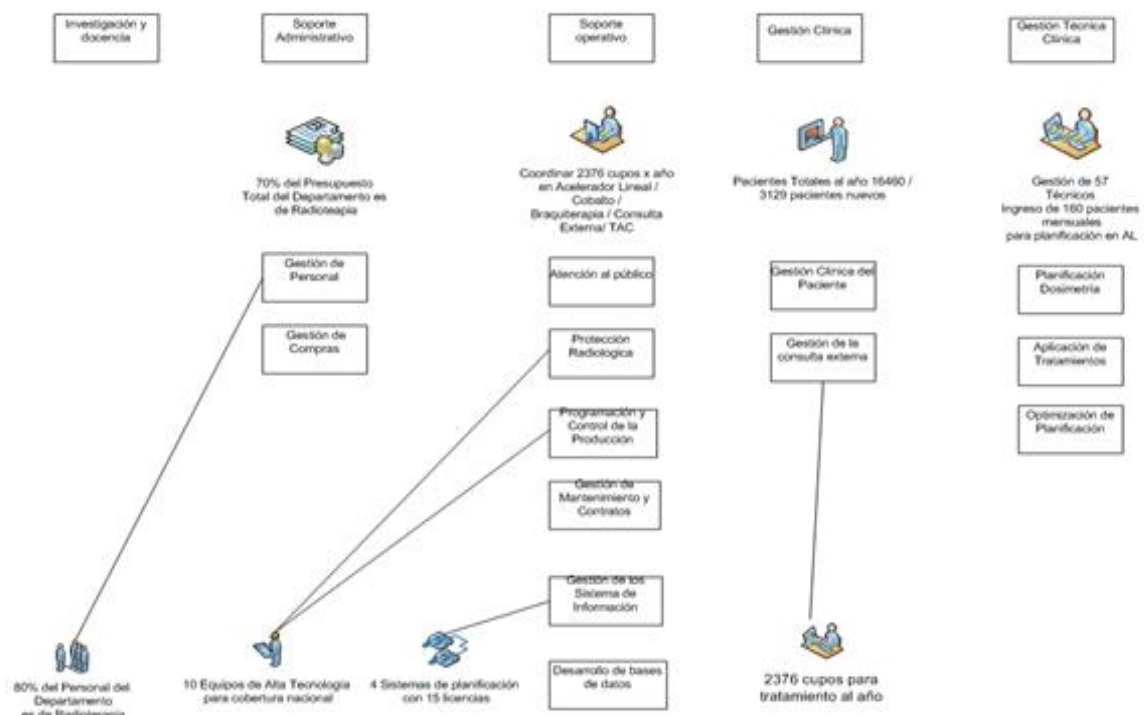
Elaborar protocolos de manejo del paciente y procedimientos basados en un proceso fluido enfocado en paciente para evitarle desplazamientos, esperas y otros desperdicios.

El recurso humano para dar soporte a la estructura funcional propuesta sería:

- 1. Jefatura de clínica, adscrito al Servicio
- 1. Profesional Ingeniero Industrial, adscrito al Servicio (P2)
- 1. Profesional en Administración (P4), adscrito al Departamento
- 1. Profesional en Ingeniería (Electro medicina, Electromecánica, Electrónica o Biomédico) (P2), adscrito al Servicio.
- 1. Jefatura para coordinación de los procesos adscritos a Física Médica, adscrito al Servicio.
- 1. Funcionario de Bioestadística (Servicio de Radioterapia), adscrito al servicio.
- 2 Técnico de Redes, adscrito al servicio (1 por turno)

Estas plazas de ser aprobadas deberán contar con indicadores de gestión para analizar su impacto seis meses después de implementadas.

26)



27) Recomendaciones:

Indicadores de seguimiento

Estos indicadores están definidos para dar seguimiento a la evolución de las recomendaciones ofrecidas.

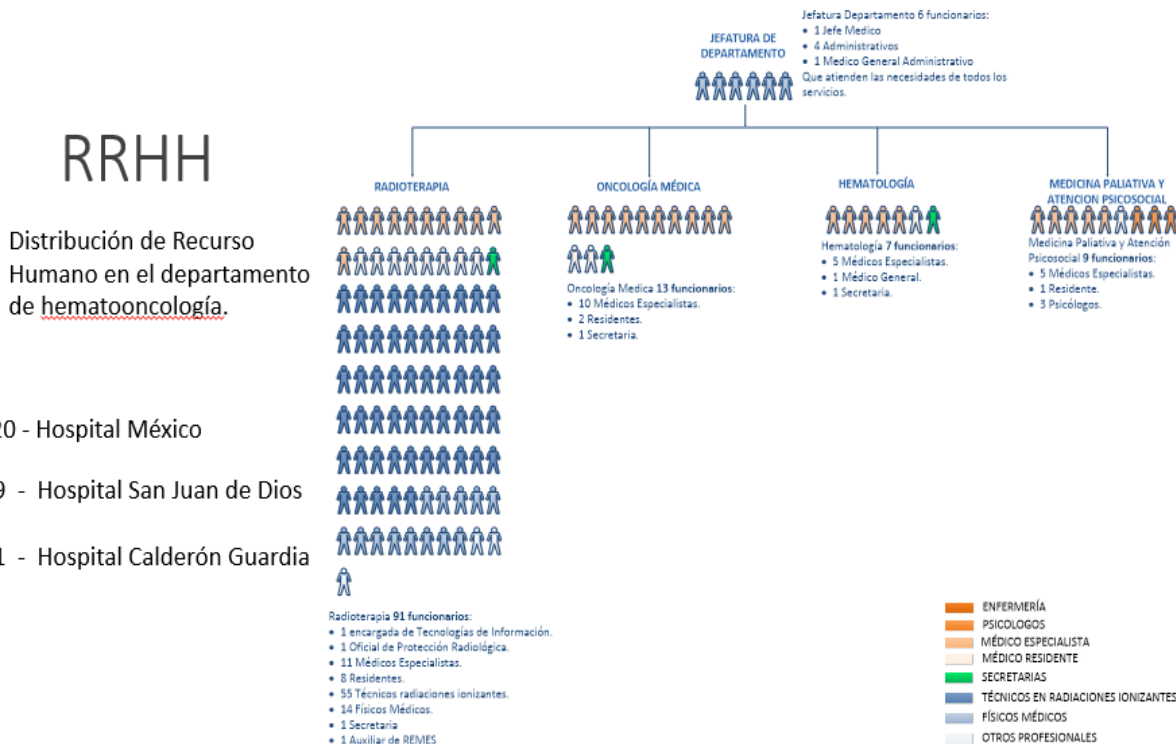
A lo interno del servicio se deberán llevar otros indicadores propios de su gestión operativa.

Servicio de Radiología

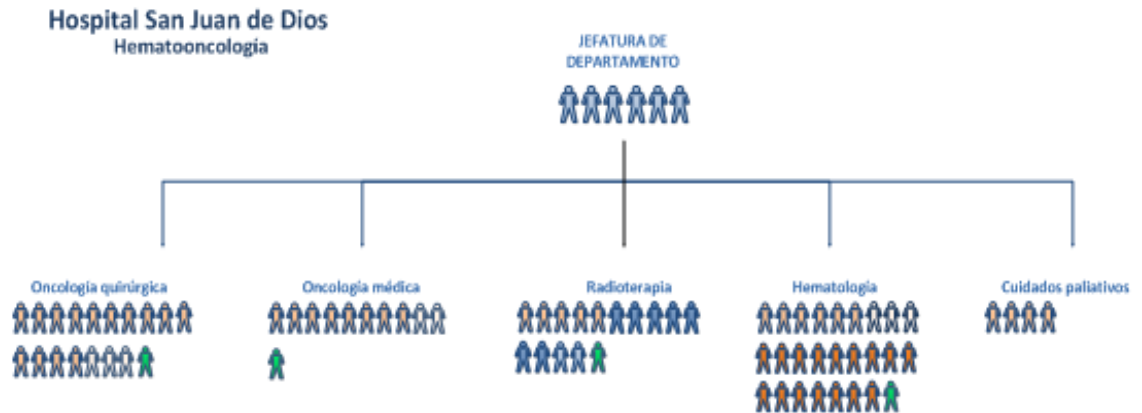
- Número de protocolos del manejo del paciente
- Utilización mensual de aceleradores lineales
- Numero de citas intra tratamiento entre número de pacientes con rol de sesiones diarias en servicio durante el mes.
- Número de días desde la recepción de la referencia hasta que el paciente es dado de alta o termina el tratamiento.
- Número de pacientes referenciados al mes vs número de pacientes que terminan tratamiento mensualmente.
- Cantidad de pacientes diarios suspendidos según causa.
 - Fallas en el equipo.
 - Retrasos con el paciente anterior.
 - Otros.
- Frecuencia de fallas en los equipos según tipo.

28) Análisis de la dependencia organizativa.

29)



30)



31)



32) **PROPUESTA DE ACUERDO**

La Junta Directiva una vez realizada la presentación por parte de la Gerencia Médica sobre el Análisis del proceso del Servicio de Radioterapia del Hospital México, en forma unánime, **ACUERDA:**

1. Dar por recibido el informe de análisis presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5044-2014, del 09 de abril de 2014.

2. Dar por atendido lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 24 de la sesión N°8695 celebrada el 20 de febrero del 2014.
3. El Servicio de Radioterapia dependerá jerárquicamente del Departamento de Hemato-Oncología mismo que a su vez depende de la Dirección Médica del Hospital México.
4. Fortalecer la estructura organizativa del Servicio de Radioterapia del Hospital México con el siguiente recurso humano:
 - a) Jefatura de clínica, adscrito al Servicio
 - b) Profesional Ingeniero Industrial, adscrito al Servicio (P2)
 - c) Profesional en Administración (P4), adscrito al Departamento
 - d) Profesional en Ingeniería (Electro medicina, Electromecánica, Electrónica o Biomédico) (P2), adscrito al Servicio.
 - e) Coordinador de los procesos adscritos a Física Médica, adscrito al Servicio.
 - f) Funcionario de Bioestadística (Servicio de Radioterapia), adscrito al servicio.
 - g) 2 Técnicos de Redes, adscritos al servicio para edificio ubicado dentro del hospital (1 por turno)
5. Instruir a la Gerencia Médica para de seguimiento a la evolución de las recomendaciones aquí planteadas, a fin de analizar el impacto del servicio, para lo cual el Hospital México deberá llevar a lo interno los indicadores de gestión operativa propuestos.

Manifiesta la Directora Solera Picado que quiere dejar planteada una solicitud, que ojalá la apoyen sus compañeros, en el sentido de que, después de definir este asunto, se solicite a la Gerencia Médica que gire instrucciones para que se complemente el plan que tiene, a través de una estrategia de abordaje de seguimiento al paciente, en red. Tal vez no a corto plazo, pero son situaciones que a mediano plazo la Institución tiene que ir abordando, máxime siendo el cáncer una causa de muerte muy importante.

Le parece muy bien al Director Fallas Camacho, solo que debe recordarse que son temas que se han tratado desde hace tres años, cuando se pidieron las normas y los protocolos para los tratamientos del cáncer; fue un encargo específico para el grupo que tenía que trabajar ese tema y es un ejemplo para las demás patologías trabajar en red, que es lo lógico. La doctora Cordero, con el entusiasmo que tiene, ve en los pacientes un problema que ella debe resolver, pero con la cantidad de pacientes no es posible, el sistema no funciona así. Tiene que tener claridad quien lo remite, claridad quien lo recibe; tiene que estar explícitamente señalado y con responsabilidades marcadas; y esto es básico para el cáncer y para cualquier otro problema. Cirugía, radioterapia, todo tiene que estar en manos de quien tiene el manejo del paciente. La pregunta que tiene es quién es el responsable de que todo esto opere, alguien tiene que demostrar que los resultados finales caminan apropiadamente.

Señala la doctora Balmaceda Arias que este sería un servicio más del Hospital México, con la complejidad que implica y por eso se está proponiendo la creación de algunas plazas para todo el apoyo logístico del buen funcionamiento del servicio; pero en última instancia el responsable sería el Director Médico.

Agrega la Directora Solera Picado que también con la aclaración de que la cobertura que tiene que dar es nacional. Por otra parte, adelanta su posición. Está de acuerdo con la propuesta, solo que le hace falta el estudio de sostenibilidad financiera y esta Junta Directiva, cada vez que hay creación de plazas, pide la participación de la Gerencia Financiera para que haga el estudio

financiero del caso; por tanto, le parece necesario que la creación de las plazas quede condicionada a que la Gerencia Financiera dé un informe o haga un complemento de este acuerdo sobre la sostenibilidad.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que en última instancia, la propuesta de acuerdo es que se desarrolle todo el trámite administrativo correspondiente y que venga con el estudio de sostenibilidad.

El Director Fallas Camacho anota que le gustaría también que queden marcadas algunas evaluaciones posteriores, para medir qué ha pasado con lo que se está proponiendo.

Con relación a la propuesta de acuerdo, señala la doctora Balmaceda Arias que no pondría en el acuerdo aprobar las plazas, sino que se aprueba el plan propuesto, pero condicionado a que la Gerencia Médica cumpla con lo establecido para el proceso de creación de plazas, en coordinación con la Gerencia Financiera.

Por lo tanto, conocida la información presentada por la señora Gerente Médico, que concuerda con los términos del oficio N° GM-SJD-5044-2014 fechado 9 de abril del año en curso, que en adelante se transcribe:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica en virtud de lo acordado por la Junta Directiva mediante el artículo 24 de la sesión N°8695 celebrada el 20 de febrero del 2014, procede a presentar el Análisis del proceso del Servicio de Radioterapia del Hospital México.

La presentación estará a cargo de la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Directora del Proyección de Servicios de Salud.

ANTECEDENTES

1. La Junta Directiva en el artículo 24 de la sesión N°8695 celebrada el 20 de febrero del 2014, acordó:

“ACUERDO SEGUNDO: se tiene a la vista el oficio suscrito por la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-4846-2014, del 20 de febrero del año en curso, por medio del que se presentan los escenarios de reorganización del Servicio de Radioterapia del Hospital México, y habiéndose hecho la presentación pertinente, la Junta Directiva, con base en lo deliberado y con el objeto de contar con los elementos de juicio necesarios para tomar la decisión correspondiente ACUERDA solicitar al equipo de trabajo que ha tenido a su cargo el estudio, que realice un análisis de procesos del Servicio de Radioterapia del Hospital México que permita identificar las necesidades y formular una estructura, en fin, una propuesta de organización que responda a las necesidades, de manera que esos procesos se cumplan a cabalidad. Entre otros aspectos de interés, en el estudio se solicita contemplar qué es lo que se requiere, cómo se requiere y cuáles son las condiciones sine qua non y los recursos necesarios para el funcionamiento adecuado de dicho Servicio.

Por otra parte y en concordancia con la resolución precedente, se ACUERDA que, en forma transitoria y en el tanto el estudio solicitado se presenta y se adopta la decisión pertinente, la doctora Lisbeth Cordero Méndez continuará como Jefe del Servicio de Radioterapia del Hospital México. Asimismo, dicho Servicio seguirá dependiendo jerárquicamente de la Gerencia Médica”

ACCIONES

1 .Elaboración de Análisis del proceso del Servicio de Radioterapia, Hospital México, estudio que realiza un análisis general del proceso de radioterapia del Hospital México enfocado desde la perspectiva del usuario. En donde las necesidades del usuario, deben ser el insumo requerido para diseñar el proceso productivo, y a su vez debe contar con una estructura organizativa que articule su gestión.

En razón de lo anterior, el estudio incluye:

1. La Metodología de Abordaje a. Herramienta de Análisis FMEA. Entrevista a la Jefatura Actual de Servicio
2. Esquema del Proceso Macro del Servicio de Radioterapia según su situación actual.
3. Esquema de la estructura organizacional del Departamento de Hematooncología.
4. Resultados de la aplicación de la herramienta FMEA orientada al proceso operativo del servicio.
 - a. Fallos actuales en el sistema operativo del Servicio.
 - b. Descripción de causas de los fallos en el sistema.
 - c. Desperdicios actuales en el sistema operativo.
5. Esquema de los requerimientos en procesos de apoyo para una gestión efectiva.
6. Propuesta organizativa para una gestión efectiva de los procesos.

Dicho estudio concluyó:

1. No se encuentra evidencia que la problemática encontrada en este estudio se asocie a la dependencia organizativa del servicio.
2. Se evidencian debilidades en el apoyo administrativo para la gestión del servicio de radioterapia en las diferentes actividades, situación apreciada donde parte del recurso humano actual realiza funciones ajenas a su cargo, como el caso de física en el tema de mantenimiento y el encargado de protección radiológica con la gestión de listas de espera.
3. La necesidad de protocolos para el manejo de pacientes en el servicio agrupan la mayor parte de las causas de fallos en el proceso y a su vez genera problemas como recargo de funciones y falta de programación del servicio.
4. Se identifican pocos controles como parte del proceso productivo a favor de garantizar el paso fluido del paciente en las diferentes etapas.
5. En las patologías de próstata, mamas y cérvix se identificó que el 50% de los casos es superior a los 20 días en la etapa de planificación, en algunos casos desplazando los tiempos hasta 40 días.

6. En el proceso se identificaron 33 fallas, 49 efectos y 61 causas que merecen atención para garantizar la fluidez del paciente por el proceso.
7. La mayoría (43%) de fallos y causas identificadas por el índice de RPN tienen las calificaciones más altas, por ende resultan ser las más críticas porque presentan efectos más severos, causas más ocurrentes y controles menos efectivos
8. Actividades consideradas momentos de verdad para el paciente en el proceso, son algunas de las que cuentan con indicadores RPN más críticos, como el caso de la cita intratramiento.
9. En el caso de los efectos identificados la mayor cantidad impactan directamente al paciente como esperas y reproceso, además se identifican como indirectos y administrativos problemas de reproceso y sobreproducción.
10. El proceso analizado presenta un alto número de fallas que impactan al paciente en reprocesos y tiempos de espera, desfavorables para las condiciones de salud en las que se encuentra el mismo paciente y encarece el servicio brindado por la institución al contener actividades sin valor agregado al proceso.
11. Para apoyar la gestión del servicio se plantea una propuesta funcional de trabajo en cuanto su organización.

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica, presenta el estudio sobre el Análisis del proceso del Servicio de Radioterapia del Hospital México y recomienda:

1. Dar por recibido el informe de análisis presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5044-2014, del 09 de abril de 2014.
2. Dar por atendido lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 24° de la sesión N°8695 celebrada el 20 de febrero del 2014.
3. El Servicio de Radioterapia dependerá jerárquicamente del Departamento de Hemato-Oncología mismo que a su vez depende de la Dirección Médica del Hospital México.
4. Fortalecer la estructura organizativa del Servicio de Radioterapia del Hospital México con el siguiente recurso humano:
 - a) Jefatura de clínica, adscrito al Servicio
 - b) Profesional Ingeniero Industrial, adscrito al Servicio (P2)
 - c). Profesional en Administración (P4), adscrito al Departamento
 - d) Profesional en Ingeniería (Electro medicina, Electromecánica, Electrónica o Biomédico) (P2), adscrito al Servicio.
 - e) Jefatura para coordinación de los procesos adscritos a Física Médica, adscrito al Servicio.
 - f) Funcionario de Bioestadística (Servicio de Radioterapia), adscrito al servicio.

g) Técnico de Redes, adscrito al servicio (1 por turno)

5. Instruir a la Gerencia Médica para de seguimiento a la evolución de las recomendaciones aquí planteadas, a fin de analizar el impacto del servicio, para lo cual el Hospital México deberá llevar a lo interno los indicadores de gestión operativa propuestos”, y

CONSIDERANDO:

- I) Que a Junta Directiva en diferentes ocasiones ha expresado su preocupación porque el Servicio de Radioterapia opere de manera efectiva, en función de la atención oportuna a los usuarios.
- II) Que desde el año 2010 se ha venido realizando una serie de revisiones al Servicio de Radioterapia para determinar mejores estrategias.
- III) Que en el año 2013 se amplía la oferta de servicios en Radioterapia con la incorporación de dos aceleradores lineales al Servicio.
- IV) Que en los estudios realizados por los diferentes equipos técnicos se han evidenciado elementos que han hecho necesario ampliar el análisis a otras áreas.
- V) Que en el artículo 11° de la sesión N° 6686 se instruye a la Dirección de Servicios de Salud una evaluación del proceso inicial de las nuevas instalaciones del servicio de Radioterapia con el fin de establecer ajuste y mejora en la producción y acción del servicio. La dependencia del Servicio de Radioterapia corresponde al análisis que se debe incluir dentro de los componentes principales de la evaluación mencionada.
- VI) Que, según los resultados señalados en el informe de intervención del Servicio de Radioterapia, se instruye a la Gerencia Médica elaborar un análisis de los procesos del servicio con perspectiva de usuario, para identificar las vulnerabilidades del sistema que pueden ocasionar interrupciones en el proceso.

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

- 1) Dar por recibido el informe de análisis presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-5044-2014, del 09 de abril del año 2014.
- 2) Dar por atendido lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 24° de la sesión N° 8695, celebrada el 20 de febrero del año 2014.
- 3) Que el Servicio de Radioterapia del Hospital México dependerá jerárquicamente del Departamento de Hemato-Oncología, que, a su vez, depende de la Dirección Médica del Hospital México.
- 4) Fortalecer la estructura organizativa del Servicio de Radioterapia del Hospital México con el siguiente recurso humano:

- a) Jefatura de clínica, adscrito al Servicio.
- b) Profesional Ingeniero Industrial, adscrito al Servicio (P2).
- c) Profesional en Administración (P4), adscrito al Departamento.
- d) Profesional en Ingeniería /Electromedicina, Electromecánica, Electrónica o Biomédico/ (P2), adscrito al Servicio.
- e) Coordinador de los procesos adscritos a Física Médica, adscrito al Servicio.
- f) Funcionario de Bioestadística (Servicio de Radioterapia), adscrito al Servicio.
- g) 2 (dos) Técnicos de Redes, adscritos al Servicio para edificio ubicado dentro del Hospital (uno por turno).

La aprobación de estas plazas queda sujeta a que la Gerencia Financiera emita un informe de costos y de sostenibilidad financiera que implica su creación.

- 5) Instruir a la Gerencia Médica para dé seguimiento a la evolución de las recomendaciones aquí planteadas, a fin de analizar el impacto y productividad del Servicio, para lo cual el Hospital México deberá llevar a lo interno los indicadores de gestión operativa propuestos.
- 6) Instruir a la Gerencia Médica para que solicite a la Dirección Médica del Hospital México, como responsable del Servicio de Radioterapia, la evaluación y control permanente de la gestión administrativa y clínica del Servicio de Radioterapia, y que la Dirección Médica informe semestralmente a la Gerencia los resultados de la evaluación.

Queda instruida la Dirección del Hospital México para que colabore con la implementación de lo aquí resuelto.

- 7) Instruir a la Gerencia Médica que coordine con la Gerencia Financiera para que esta última realice un estudio de costos incrementales y de sostenibilidad financiera en relación con la creación de las plazas aprobadas.
- 8) Solicitar a la Gerencia Médica para instruya lo correspondiente a la doctora Marjorie Obando Elizondo, Coordinadora del Programa Institucional para la Atención del Cáncer, para que se implemente como estrategia el seguimiento a los pacientes, con enfoque de red.

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

La ingeniera Gutiérrez Brenes y los ingenieros ... se retiran del salón de sesiones.

El Director Gutiérrez Jiménez se disculpa y se retira del salón de sesiones, en virtud de la situación familiar de urgencia que debe atender.

ARTICULO 51°

Conocida la información presentada por la señora Gerente Médico, que concuerda con los términos del oficio N° GM-SJD-5118-2014, fechado 28 de abril del año en curso, que en adelante se transcribe, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO**ANTECEDENTES**

1. La Junta Directiva a raíz del oficio GM-29492-15-13 presentado por la Gerencia Médica, procedió mediante el artículo 16° de la sesión N°8646 del 20 de junio del 2013, acordar lo siguiente:

“la Junta Directiva, de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica, vista en el citado oficio número GM-29492-15-13

ACUERDA:**ACUERDO PRIMERO:**

a) Proceder a la intervención total del Hospital Tony Facio Castro, hasta por un plazo de un año contado a partir de la firmeza del acuerdo. No obstante, para efectos prácticos, queda facultada la Gerencia Médica para ejecutarla a partir del 24 de junio del año en curso, sin detrimento de las acciones que se deban tomar de inmediato.

Este plazo será prorrogable por el período que se estime conveniente, si las circunstancias así lo exigen.

b) Como medida cautelar, el traslado temporal de la Licda. Martha On Centeno, quien ostenta el puesto de Directora Administrativa Financiera, y será trasladada al Área de Salud de Limón, y la suspensión del nombramiento del Dr. Daver Vidal Romero, quien ocupa el cargo de Director Médico, quien será trasladado al Área de Salud de Limón, así como del Ing. Erick Fernando Montoya Ramírez, Jefe de Ingeniería y Mantenimiento, y del señor Raúl Sánchez Duarte, Supervisor de Mantenimiento, que serán trasladados al Área de Salud de Limón, todos por el plazo de cuatro meses (prorrogables). En todo caso, queda debidamente facultada la Gerencia Médica para definir la unidad a la que serán trasladados, de conformidad con la conveniencia institucional. Esto en el entendido de que se deben respetar los derechos y condiciones laborales de estos funcionarios.

c) Designar una comisión interventora, que asumirá el control de la gestión de ese Hospital. Constituir dicha Comisión con los siguientes funcionarios: Dr. Hendrick Miles Ransey, quien asumirá el cargo de Director Médico, y el cargo de Subdirector Médico será ocupado por el doctor Luis Carlos Vega Martínez; en el caso del MSC. Alexis Vargas Matamoros, quien actualmente ocupa el puesto de Director Administrativo Financiero en el Hospital William Allen Taylor, se le

conservan todos los derechos y garantías laborales en la plaza que ostenta, durante el proceso que dure la intervención y pasará a ocupar la plaza de Director Administrativo Financiero a.i del Hospital Tony Facio Castro; el Lic. Raymond Berty Vílchez ocupará el cargo de Subadministrador y la arquitecta Janitzia Mora Mora el cargo de Jefe de Ingeniería y Mantenimiento. Dichos funcionarios tendrán todas las potestades de los titulares.

c)Queda facultada la Gerencia Médica para operativizar las acciones correspondientes y fortalecer el equipo interventor con otros funcionarios, de ser necesario.”

2. Que el Dr. Hendrick Miles Ransey presentó ante la Gerencia Médica la renuncia como Director General del Equipo interventor.

ANALISIS

En aras de la autonomía de la voluntad consagrado en el artículo 28 de la Constitución Política. Este principio tiene un claro carácter metajurídico y está fuertemente impregnado de sentido moral y se refiere fundamentalmente, a la libertad que, dentro de sus posibilidades, tienen las personas para elegir por sí mismas. En este caso en particular fue el presentar la renuncia por parte del Dr. Hendrick Miles Ransey, lo cual lo hizo en forma libre, expresa y voluntaria.

Como es sabido, por disposición constitucional, la Caja Costarricense de Seguro Social es la Entidad Pública llamada a prestar de forma eficiente, eficaz y oportuna el servicio público de atención a la salud, aspecto éste que ligado a principios fundamentales de Eficiencia, Eficacia y Transparencia en la prestación de sendos servicios, según han sido contemplados por el constituyente (Constitución Política, arts. 139, inciso 4; 140, inciso 8; 191; y 11), así como en la legislación ordinaria (artículos 4, 8, 225, 269 y 11 de la Ley General de la Administración Pública), exigen a esta Entidad, mediante sus jerarcas respectivos, velar por el adecuado ejercicio de las competencias administrativas, con miras al más adecuado cumplimiento del fin público, cual es la prestación de servicio de atención a la salud, en último término, razón de ser de esta Institución. La eficacia y la eficiencia son principios que evocan el mayor y mejor uso de los recursos públicos, con el mejor impacto posible de resultados.

Dado lo anterior, resulta procedente presentar ante ese órgano colegiado la propuesta de nombramiento del coordinador y la subdirectora que integrarán la Comisión Interventora que actualmente se encuentra gestionando en el Hospital Dr. Tony Facio.

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica, recomienda a la Junta Directiva que proceda a:

1. Nombrar al Dr. Carlos Vega Martínez, como Coordinador de la Comisión Interventora del Hospital Dr. Tony Facio. Se adjunta el curriculum respectivo.
2. Asimismo se nombre a la Dra. Selene Aguilar Orias como Subdirectora del Hospital Dr. Tony Facio, para que brinde apoyo a la Comisión Interventora. Se adjunta el curriculum respectivo”,

la Junta Directiva, de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica mediante el citado oficio GM-SJD-5118-2014 –en forma unánime-**ACUERDA:**

- 1) Nombrar al Dr. Carlos Vega Martínez como Coordinador de la Comisión Interventora del Hospital Tony Facio.
- 2) Nombrar a la Dra. Selene Aguilar Orias como Subdirectora del Hospital Tony Facio, para que brinde apoyo a la Comisión Interventora.

Estos nombramientos se realizan en las mismas condiciones del acuerdo adoptado en el artículo 16° de la sesión número 8646, celebrada el 20 de junio del año 2013, y por el período restante, según ahí se estableció.

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 52°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5116-2014, de fecha 28 de abril del año 2014, que firma la Gerente Médico, y la Junta Directiva, con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla –en forma unánime- **ACUERDA** reprogramar, para la sesión del 7 de mayo en curso, la presentación del informe referente al análisis de viabilidad técnica jurídica de la posibilidad de suprimir el pago de los tres primeros días de incapacidad a los funcionarios de la Caja

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

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Michael Montoya Jiménez, Abogado de la Dirección Jurídica.

ARTICULO 53°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0038-2020 del 19 de octubre 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 doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, y el doctor Róger Ballesterero Harley, Director de Planificación Institucional.

Ingresa al salón de sesiones la licenciada Ana María Coto, Asesora de la Gerencia Médica.

ARTICULO 54°

La Gerente Médico indica que, seguidamente, el doctor Chacón Ramírez se referirá al informe contenido en el oficio N° GM-SJD-5041-2014, de fecha 8 de abril del año 2014, por medio del que se atiende lo resuelto en el artículo 10° de la sesión N° 8545 *“Informe del equipo de*

especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud”, recomendación R64: “actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud”.

Al efecto, el doctor Chacón Ramírez, con base en las siguientes láminas, presenta el informe en consideración:

- I) Actualización y Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud
Acuerdo-recomendación # R64
indicado en el Artículo 10º, Sesión 8545 de la Junta Directiva
(Informe del Equipo de Especialistas).

GERENCIA

MÉDICA

Marzo 2014

- II) Recomendación 64:
Actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud. Además de sus propios problemas de gestión, la CCSS se ha visto afectada por una enorme cantidad de normativa (leyes y decretos), mucha de la cual corresponde a una visión del sistema de salud diferente al que buscaba la reforma de los años noventa, o simplemente promulgada en contextos temporales diferentes a los actuales (como por ejemplo la Ley de Incentivos Médicos, promulgada durante la peor crisis económica que ha enfrentado el país). Por ello, con una perspectiva de mediano plazo, **se propone una revisión detallada de la normativa que afecta a la institución en lo referente de salud**, que resulte en recomendaciones para su actualización y alineamiento respecto al sistema de salud deseable para el país, según se detalla más adelante.

Acuerdo de Junta Directiva

“Respecto de la recomendación número 64 del informe del Equipo de Especialistas, la Junta Directiva instruye a las Gerencias Institucionales para que bajo la coordinación de la Gerencia Administrativa (por medio de DSA) realicen un inventario de la normativa vigente en materia de salud. En un plazo de 6 meses deben presentar de manera conjunta a la Junta Directiva, una propuesta para simplificación y mejora regulatoria en el quehacer institucional en esta materia. La atención de la recomendación debe estar alineada con la Ley de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria (Ley 8220).”

- III) Recomendación 64:

Se propone una revisión detallada de la normativa que afecta a la institución en lo referente de salud.

Acuerdo de Junta Directiva:

Una propuesta para simplificación y mejora regulatoria en el quehacer institucional en esta materia.

IV) Determinación:

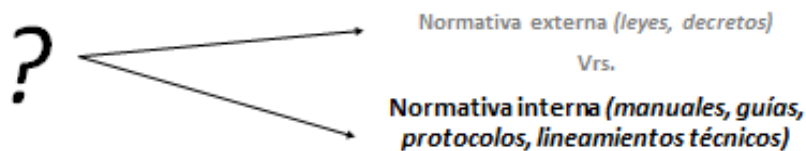
Determinación

Oficio G.M.= 36927-5 (agosto 2012)

"Respecto de la recomendación numero 64 del informe del Equipo de Especialistas, la Junta Directiva instruye a las Gerencias Institucionales para que bajo la coordinación de la Gerencia Administrativa (por medio de DSA) realicen un inventario de la normativa vigente en materia de salud. En un plazo de 6 meses deben presentar de manera conjunta a la Junta Directiva, una propuesta para simplificación y mejora regulatoria en el quehacer institucional en esta materia. La atención de la recomendación debe estaré alineada con la Ley de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria (Ley 8220)."

En razón de lo antes expuesto, se requiere que cada Dirección a su cargo, registre la normativa según su ámbito de competencia, entendiendo esta como aquellos documentos referentes a políticas, guías, normas, procedimientos, lineamientos, directrices, circulares que dictan lineamientos o directrices enfocados a la prestación de servicios de salud.

Se agradece remitir la información solicitada, al correo de la Ing. Shirley López Carmona slopezca@ccss.sa.cr a mas tardar el 21 Agosto 2012.



V)

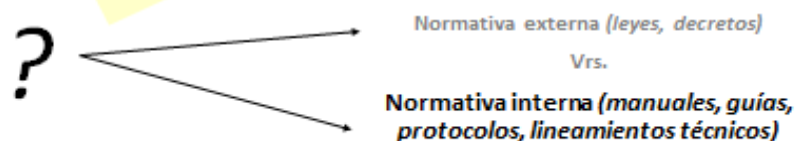
Determinación

Oficio G.M.= 36927-5 (agosto 2012)

"Respecto de la recomendación numero 64 del informe del Equipo de Especialistas, la Junta Directiva instruye a las Gerencias Institucionales para que bajo la coordinación de la Gerencia Administrativa (por medio de DSA) realicen un inventario de la normativa vigente en materia de salud. En un plazo de 6 meses deben presentar de manera conjunta a la Junta Directiva, una propuesta para simplificación y mejora regulatoria en el quehacer institucional en esta materia. La atención de la recomendación debe estaré alineada con la Ley de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria (Ley 8220)."

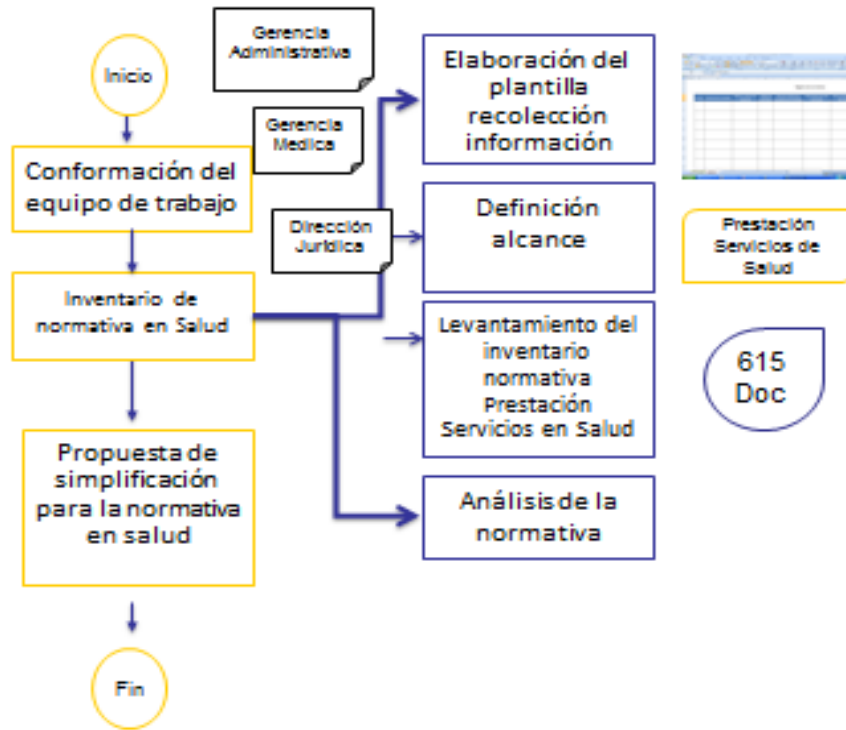
En razón de lo antes expuesto, se requiere que cada Dirección a su cargo, registre la normativa según su ámbito de competencia, entendiendo esta como aquellos documentos referentes a políticas, guías, normas, procedimientos, lineamientos, directrices, circulares que dictan lineamientos o directrices enfocados a la prestación de servicios de salud.

Se agradece remitir la información solicitada, al correo de la Ing. Shirley López Carmona slopezca@ccss.sa.cr a mas tardar el 21 Agosto 2012.



VI)

1- Proceso para propuesta de mejora regulatoria

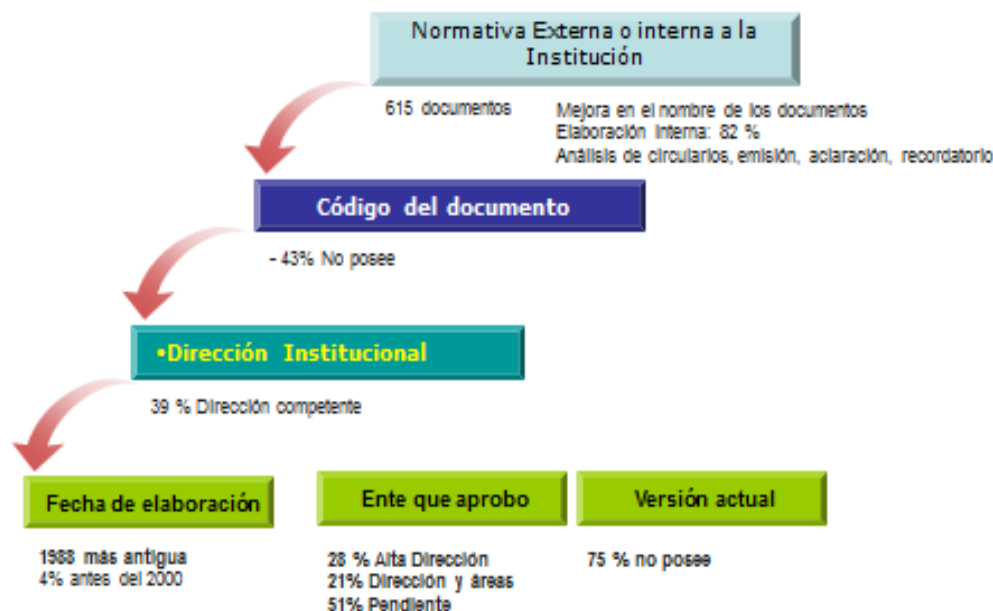


1- Proceso para propuesta de mejora regulatoria



VII)

Elaboración del Plantilla



VIII)

Clasificación temática

615 documentos: normativa externa 18 (*) + normativa interna 597 (**)

Se clasificaron en 30 categorizaciones, que se corresponden con la multiplicidad de funciones que ejecuta la Gerencia Médica. Algunos de estos documentos están dirigidos a grupos de profesionales específicos como es el caso de Trabajadores Sociales, Odontólogos, personal de Enfermería. En otros casos, son documentos más generales dirigidos a la totalidad de profesionales de salud que laboran en la atención directa de la población a nivel local.

1	Atención de Adolescentes	9	1,5%
2	Atención de Adulto Mayor	6	1,0%
3	Atención del Cáncer	19	3,2%
4	Atención de Patología Quirúrgica	1	0,2%
5	Atención del Niño	32	5,4%
6	Atención patología ORL	1	0,2%
7	Atención patología neurooncológica	1	0,2%
8	Atención patología Ortopédica	1	0,2%
9	Atención Patología Quirúrgica	1	0,2%
10	Atención patología Urológica	1	0,2%
11	Atención Salud Mental	7	1,2%
12	Atención de enfermedades crónicas no transmisibles	8	1,3%
13	Atención de enfermedades emergentes y re-emergentes	20	3,4%
14	Fármaco-terapéutica	216	36,2%
15	Gestión Ambiental	6	1,0%

16	Gestión de Medicamentos	82	13,7%
17	Infecciones Nosocomiales	6	1,0%
18	Influenza y OVR	5	0,8%
19	Inmunizaciones	14	2,3%
20	Juntas Salud	4	0,7%
21	Promoción de la Salud	5	0,8%
22	Salud Sexual Reproductiva	6	1,0%
23	Servicios de Enfermería	21	3,5%
24	Servicios de Farmacia	13	2,2%
25	Servicios de Laboratorio Clínico	8	1,3%
26	Servicios de Nutrición	3	0,5%
27	Servicios de Odontología	36	6,0%
28	Servicios de Trabajo Social	26	4,4%
29	Vigilancia Epidemiológica	5	0,8%
30	Otros	34	5,7%
	total:	597	100,0%

(*)Leyes, decretos, normas M.S. (**) La CIE-10 contiene 9,450 diagnósticos eventualmente agrupables en 2,500 temas.

IX)

Clasificación temática

615 documentos: normativa externa 18 (*) + normativa interna 597 (**)

Se clasificaron en 30 categorizaciones, que se corresponden con la multiplicidad de funciones que ejecuta la Gerencia Médica. Algunos de estos documentos están dirigidos a grupos de profesionales específicos como es el caso de Trabajadores Sociales, Odontólogos, personal de Enfermería. En otros casos, son documentos más generales dirigidos a la totalidad de profesionales de salud que laboran en la atención directa de la población a nivel local.

1	Atención de Adolescentes	9	1,5%
2	Atención de Adulto Mayor	6	1,0%
3	Atención del Cáncer	19	3,2%
4	Atención de Patología Quirúrgica	1	0,2%
5	Atención del Niño	32	5,4%
6	Atención patología ORL	1	0,2%
7	Atención patología neurooncológica	1	0,2%
8	Atención patología Ortopédica	1	0,2%
9	Atención Patología Quirúrgica	1	0,2%
10	Atención patología Urológica	1	0,2%
11	Atención Salud Mental	7	1,2%
12	Atención de enfermedades crónicas no transmisibles	8	1,3%
13	Atención de enfermedades emergentes y re-emergentes	20	3,4%
14	Fármaco-terapéutica	216	36,2%
15	Gestión Ambiental	6	1,0%
16	Gestión de Medicamentos	82	13,7%
17	Infecciones Nosocomiales	6	1,0%
18	Influenza y OVR	5	0,8%
19	Inmunizaciones	14	2,3%
20	Juntas Salud	4	0,7%
21	Promoción de la Salud	5	0,8%
22	Salud Sexual Reproductiva	6	1,0%
23	Servicios de Enfermería	21	3,5%
24	Servicios de Farmacia	13	2,2%
25	Servicios de Laboratorio Clínico	8	1,3%
26	Servicios de Nutrición	3	0,5%
27	Servicios de Odontología	36	6,0%
28	Servicios de Trabajo Social	26	4,4%
29	Vigilancia Epidemiológica	5	0,8%
30	Otros	34	5,7%
	total:	597	100,0%

(*)Leyes, decretos, normas M.S. (**) La CIE-10 contiene 9,450 diagnósticos eventualmente agrupables en 2,500 temas.

X)

Catálogo de productos.

DOCUMENTOS DE NORMALIZACION TECNICA

Lineamiento	<i>L</i>
Criterio Técnico	<i>CT</i>
Guía Práctica Clínica	<i>GPC</i>
Guía Terapéutica	<i>GT</i>
MANUAL	
-Manual de procedimientos	<i>M</i>
-Manual Técnico	<i>M</i>
-Protocolo de Atención	<i>PR</i>
Instrucción de Trabajo	<i>IT</i>
Programa de Atención	<i>DT</i>
Modalidad Atención	<i>MA</i>
Documento Técnico	<i>DT</i>

XI) Documentos de normalización técnica.

Documento de Normalización Técnica: documento cuya intención u objetivo es el de regular las acciones o procedimientos a realizar para la ejecución de algunas actividades relacionadas con el proceso de atención. Las regulaciones se entenderán como un amplio rango de instrumentos y decisiones (Lineamiento técnico, Lineamiento administrativo, Resúmenes de Evidencia, Guía de Práctica Clínica, Manual: Manual técnico, Manual de Procedimientos, Protocolos de Atención Clínica, Instrucción de trabajo) mediante los cuales se establecen condiciones para la operación de los servicios de salud.

Lineamiento (*): Conjunto de instrucciones con carácter técnico o administrativo para su ejecución que deben ser cumplidas por los implicados. Es emitido/declarado por una figura de autoridad institucional.

(*): *Como sinónimo de directriz, término que se dejará de utilizar en la DDSS.*

Criterio Técnico: Documento que contiene un resumen del material publicado en un tema (resumen de evidencia), producto de una búsqueda sistemática de un rango de tiempo específico (amplio o estrecho); basado en Revisiones Sistemáticas o la mejor información disponible. El criterio técnico va acompañado de un comentario, realizado por un experto en la materia, que une los resultados de la evidencia existente y extrae el mensaje o la conclusión que ello determina para la práctica.

XII) Documentos de normalización técnica

Guía de Práctica Clínica (GPC): Documentos orientadores que resumen la mejor evidencia disponible, sobre la efectividad de las intervenciones y procedimientos diagnósticos utilizados en el manejo de un problema o situación de salud específicos; considerando las circunstancias particulares de cada caso y las preferencias de los pacientes. Se caracteriza por generar recomendaciones respaldadas en la mejor evidencia disponible, producto de un desarrollo sistemático que utiliza una metodología científica, rigurosa y explícita en la elaboración de la misma. Incluyen una calificación de la calidad de la evidencia que apoya cada recomendación.

Manual: documento que describe lo esencial, básico y elemental de un determinado tema.

Manual Técnico: Documento de referencia que describe de manera básica un determinado tema. Busca homogenizar y estandarizar conceptos. Brinda fundamentos técnicos al nivel operativo, basados en la mejor información disponible.

Manual de Procedimientos: Documento básico que describe manera como se hace o se desarrolla una tarea, un proceso o una actividad de acuerdo al grado de dificultad, movimientos, flujos de operación, controles y normativa aplicable a cada caso en particular.

XIII) Documentos de normalización técnica

Protocolos de Atención Clínica: es un tipo de manual de procedimientos que consiste en documentos de consulta rápida con una descripción detallada de la (*secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud o área a mejorar en un entorno determinado*) actuación de los profesionales en salud ante determinada situación, que pueden o no resumir los contenidos de una GPC. Son de tipo más normativo. Por lo general se presentan a manera de flujogramas o algoritmos y preferiblemente de extensión breve, limitando al mínimo indispensable la información sin valor práctico y presentará

las actividades de forma precisa y claramente interpretables. Son construidos y validados en el ámbito local, por los integrantes del Servicio de Salud que lo necesiten e implementarán de acuerdo a los recursos disponibles. En su diseño se deben considerar las particularidades de capacidad resolutiva propias del establecimiento en donde se implementará.

El requisito para el inicio de cualquier Protocolo de Atención Clínica es realizar una búsqueda de la información institucional pertinente como: GPC, protocolos, lineamientos, etc. y de la mejor información disponible internacionalmente.

XIV) Documentos de normalización técnica

Instrucción de trabajo: Una instrucción de trabajo es una especificación documentada, que define ¿cómo se ejecuta un proceso o una parte del mismo? Pueden cubrir una actividad seleccionada o parte de ella para explicarla con mayor profundidad. Se pueden preparar en varias formas, tales como diagramas de flujo, instrucciones escritas, bocetos, series de fotografías, ejemplos representativos, tablas, programas, etc. Este mismo documento se puede encontrar bajo otras denominaciones como: instrucción de operación, especificación de proceso, instructivo, rutina de trabajo, etc.

Tanto los protocolos de atención clínica como también los manuales de procedimiento pueden requerir una o más instrucciones de trabajo ya que un protocolo de atención clínica o manual de procedimiento en su desarrollo son más generales, mientras que la instrucción es más detallada, los primeros indican el ¿Qué? y la instrucción el ¿Cómo?, según sea la naturaleza de lo que se está documentando. En muchos casos la instrucción de trabajo la realiza una sola persona o rol, en cambio un procedimiento es realizado por varios roles.

XV) Documentos de normalización técnica

Programa de Atención: Oferta institucional que adecua los procesos de atención a los requerimientos técnicos pre-establecidos para un grupo poblacional específico (por ciclo de vida, condición especial, problema de salud o necesidad específica). Es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud. Entre los objetivos fundamentales del lanzamiento de un programa de salud se encuentran satisfacer las necesidades de un campo específico de la salud, la prevención de todo tipo de enfermedades y el eficaz desempeño de los profesionales en las respectivas áreas de salud.

Los programas pueden clasificarse de la siguiente manera de acuerdo al abordaje que tengan, por saber:

1. Programas de salud con enfoque en problemas de salud, por ejemplo; programa de control de ITS, programa de control de Enferm. Crónicas.
2. Programa de salud con enfoque a grupos de población (grupos etarios, tipos de riesgo), por ejemplo: programa de atención del niño(a), programa de atención a los y las adolescentes, programa de atención a la población indígena.
3. Programas de salud con enfoque en el tipo de intervención: por ejemplo: programa quirúrgico a niños con labio leporino y paladar hendido; programa de prevención del cáncer cérvico-uterino.

XVI) Documentos de normalización técnica

Modalidad de Atención: Respuesta institucional que adecua los recursos (infraestructura, equipamiento, recursos humanos), organizándolos para atender a la población, tomando en cuenta especialmente condiciones de accesibilidad a los servicios.

XVII)

XVIII) NIVEL CENTRAL: enfoque estratégico de normalización técnica.

Normaliza procesos/morbilidades con visión estratégica:

- No en todos los casos interesa o es necesario reducir la variabilidad.
 - Existen mecanismos indirectos de normalización, por ejemplo la Lista Oficial de Medicamentos introduce limitaciones al momento de prescribir.
 - Patologías de interés desde el punto de vista de salud pública en función del análisis de situación epidemiológica nacional y en función también del análisis de casuística institucional según criterios de frecuencia, severidad, dificultad de manejo, costos o salvaguardar la sostenibilidad financiera institucional: enfoque estratégico de normalización técnica.
 - En función de requerimientos específicos de Gerencia Médica o Presid. Ejecutiva.
- Se hace necesario a nivel central contar con un mecanismo de priorizaron de requerimientos/solicitudes de normalización.

XIX) NIVEL CENTRAL: enfoque estratégico de normalización técnica.

Normaliza procesos/morbilidades con visión estratégica:

- No en todos los casos interesa reducir la variabilidad.
- Existen mecanismos indirectos de normalización, por ejemplo la Lista Oficial de Medicamentos introduce limitaciones al momento de prescribir.
- Patologías de interés desde el punto de vista de salud pública en función del análisis de situación epidemiológica nacional y en función también del análisis de casuística institucional según criterios de frecuencia, severidad, dificultad de manejo, costos o salvaguardar la sostenibilidad financiera institucional: enfoque estratégico de normalización técnica.
- En función de requerimientos específicos de Gerencia Médica o Presid. Ejecutiva.
- Se hace necesario a nivel central contar con un mecanismo de priorización de requerimientos/solicitudes de normalización.

NIVEL LOCAL:

- Normalizan a lo interno del establecimiento. El resto de morbilidades (por ejemplo: protocolos de atención), utilizando igualmente criterios de frecuencia, severidad y costo, en atención a sus responsabilidades de gestionar, supervisar y controlar el proceso de atención que se aplica en su establecimiento en correspondencia con las funciones de la Dirección Médica, Jefatura de Departamento, Jefatura de Servicio y Jefatura Clínica (Artículos 18, 28, 31 y 33 del Reglamento General de Hospitales).

El nivel local puede realizar normalización técnica de ámbito local, la legislación nacional e institucional le otorga a la autoridades locales (Dirección Médica, Jefatura de Departamento, Jefatura de Servicio y Jefatura de Clínica) esa competencia y esa obligación.

XX) NIVEL CENTRAL: enfoque estratégico de normalización técnica.

Normaliza procesos/morbilidades con visión estratégica:

- No en todos los casos interesa reducir la variabilidad.
 - Existen mecanismos indirectos de normalización, por ejemplo la Lista Oficial de Medicamentos introduce limitaciones al momento de prescribir.
 - Patologías de interés desde el punto de vista de salud pública en función del análisis de situación epidemiológica nacional y en función también del análisis de casuística institucional según criterios de frecuencia, severidad, dificultad de manejo, costos o salvaguardar la sostenibilidad financiera institucional: enfoque estratégico de normalización técnica.
 - En función de requerimientos específicos de Gerencia Médica o Presid. Ejecutiva.
 - Se hace necesario a nivel central contar con un mecanismo de priorización de requerimientos/solicitudes de normalización.
- **Estandarización y simplificación del proceso de diseño de normativa interna.**
 - **Implementación de un Sist. Administración del Conocimiento.**

NIVEL LOCAL:

- Normalizan a lo interno del establecimiento. El resto de morbilidades (por ejemplo: protocolos de atención), utilizando igualmente criterios de frecuencia, severidad y costo, en atención a sus responsabilidades de gestionar, supervisar y controlar el proceso de atención que se aplica en su establecimiento en correspondencia con las funciones de la Dirección Médica, Jefatura de Departamento, Jefatura de Servicio y Jefatura Clínica (Artículos 18, 28, 31 y 33 del Reglamento General de Hospitales).
- El nivel local puede realizar normalización técnica de ámbito local, la legislación nacional e institucional le otorga a la autoridades locales (Dirección Médica, Jefatura de Departamento, Jefatura de Servicio y Jefatura de Clínica) esa competencia y esa obligación.

XXI) Propuesta de mejora regulatoria:

Estandarización y simplificación del proceso de diseño de normativa interna.
DISEÑADA: (cuadro).

DDSS-1061-2013: Regulación Técnica de la “Buena Práctica Médica” en Servicios Médicos y Quirúrgicos Especializados a Nivel Institucional.

Ámbito: Dir. Des. Serv. Salud --->

PROPUESTA:

1. Generalizar al resto Direcciones Sede Ger. Médica: *Sistema de Administración del Conocimiento (KMS)*.
2. Mecanismo y listado de priorización aspectos a normalizar a nivel Central.

XXII) Niveles de aprobación:

Junta Directiva	Aprueba las políticas institucionales, reglamentos, y otros documentos cuyo campo de aplicación es para toda la institución que se recomienden por parte del Consejo de Presidencia y Gerentes y otros.
Consejo de Presidencia, Consejo de Gerentes	Políticas institucionales, y otros documentos que sean aplicados a todas las unidades Institucionales (mas de una Gerencia) y son de carácter obligatorio. No aprueba reglamentos.
Gerente	Aprueba los documentos que por su competencia técnica serán aplicados a todas sus unidades adscritas: Guías, Manuales o Lineamientos de acatamiento de funcionarios de la Gerencia (más de una Dirección).
Direcciones sedes	Aprueba los documentos cuyo campo de aplicación es interna a sus unidades de trabajo y su temática de competencia: procedimientos internos, criterios técnicos, resúmenes de evidencia, lineamientos de Programas de Atención, instrucciones de trabajo, circulares internas.

Jefaturas de Áreas	Aprueba los documentos de carácter interno a sus funcionarios por ejemplo, circulares, métodos de trabajo, procesos internos, instrucciones de trabajo, circulares internas.
Autoridades de Áreas de Salud y Hospitales (Dirección Médica, Jefaturas de Departamento, Jefaturas de Servicio, Jefaturas de Clínica)	Aprueban documentos de aplicación en el ámbito local (establecimiento de salud): protocolos de atención de los servicios, manuales locales, instrucciones de trabajo, procedimientos internos, lineamientos del establecimiento, circulares internas. QUE NO TENGAN NORMALIZACION DESDE EL NIVEL CENTRAL o BIEN SU ADECUACION LOCAL.
Dirección Jurídica	Ente que revisa políticas, reglamentos institucionales u otro que recomienda a la alta dirección.

XXIII) Mecanismo de PRIORIZACIÓN de requerimientos y solicitudes de Normalización
CRITERIOS:

Criterio de Demanda poblacional.	de	Si dicho asunto/morbilidad es relevante a nivel nacional desde el punto de vista del análisis de situación de salud nacional- <i>incidencia, severidad y – mortalidad.</i>
Criterio de Demanda Autoridades.	de	Si las autoridades institucionales (Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, Gerencia Médica) han visualizado el asunto o la morbilidad como un problema prioritario y solicitan su normalización
Criterio de Demanda de los Servicios.	de	Si se consigna dicho asunto o morbilidad en función del histórico de solicitudes de los comités CLEP y CREP

XXIV) Distribución/socialización:

Los documentos de normalización aprobados institucionalmente se colgarán en la página Web institucional a fin de que sean localizables fácilmente por funcionarios de servicios de salud y de otras instancias institucionales, adicionalmente se podrán socializar mediante otros procesos como talleres de capacitación y cursos virtuales orientados a capacitar capacitadores de modo tal que a lo interno de cada red o región se generen procesos de capacitación internos. Podrán ser distribuidos a niveles locales tanto en formato electrónico *.pdf como en formato físico dependiendo de las cantidades impresas disponibles y según propuesta técnica de distribución según el ámbito de aplicación de documento técnico.

XXV) Distribución/socialización:

A la fecha se han logrado colocar una cantidad importante de documentos en la página institucional, según las siguientes direcciones de la Intranet institucional:

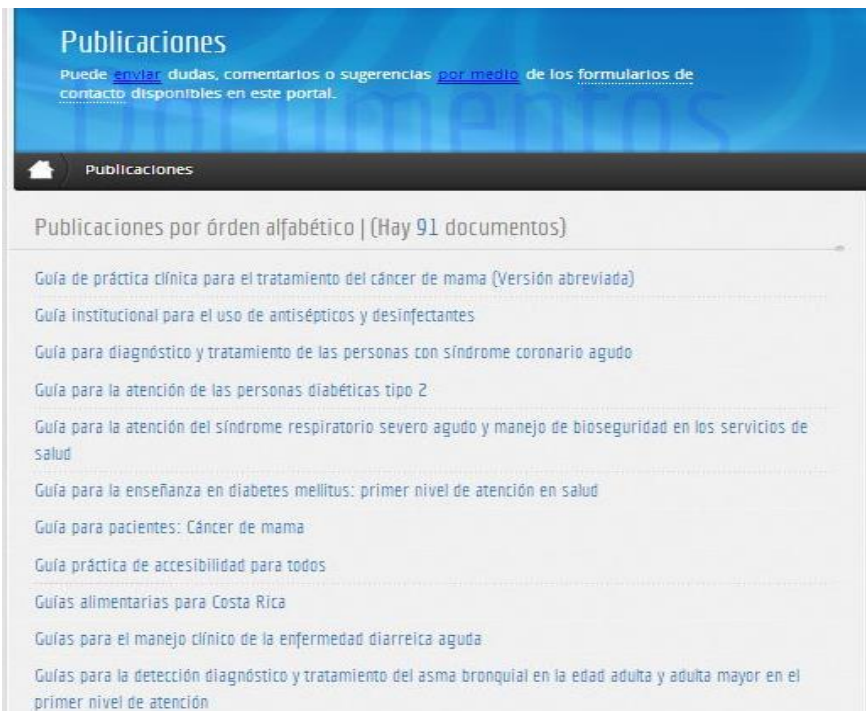
Página Intranet:

<http://intranet/Organizacion/GM/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2FOrganizacion%2FGM%2FDocumentos%20compartidos%2FDirecci%C3%B3n%20de%20Desarrollo%20de%20Servicios%20de%20Salud%2F%C3%81rea%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20a%20las%20Personas>.

Página Intranet:

www.ccss.sa.cr/publicaciones?pagina=2

XXVI) Distribución/socialización:



XXVII) Distribución/socialización:

- Guía de práctica clínica para el tratamiento del cáncer de mama.
- Guía para la atención de personas con Diabetes tipo 2.

XXVIII) Distribución/socialización:



XXIX) Distribución/socialización:

- Manuales de Odontología.
- Manual de visita domiciliaria de atención primaria primer nivel de atención.
- Normas para el manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud.

XXX) Implementación de un Sistema de Administración del Conocimiento (KMS)

Propósito del Proyecto:

Optimizar la regulación de la prestación de servicios de salud, como proceso complementario estratégico, con la implementación de un sistema de administración del conocimiento.

Resultados Esperados:

1. Adquisición del Conocimiento: Definición de Actores Institucionales a nivel de Gerencia Médica y Mecanismos de Coordinación para la Construcción de Conocimiento Explícito.
2. Almacenamiento del Conocimiento: Priorización de Necesidades de Regulación y Análisis de Viabilidad (base de datos: diseño conceptual)

3. Diseminación y Aplicación del Conocimiento: Mantener a la organización actualizada en el conocimiento, a medida que se desarrolla (base de datos: diseño propiamente dicho).

XXXI) Otros pasos por seguir.

- 2- Proceso para propuesta de normalización par el proceso de atención a solicitudes externas de colaboración en diseño de: políticas, planes, normas, decretos.
Protocolo para atención solicitudes externas de colaborar en diseño de políticas, planes, normas, decretos.

XXXII) Mediante oficio DDSS-AAIP-161-14 se remitió a Dirección de Planificación Institucional propuesta para diseño de “Protocolo para la tramitación de Planes, Políticas, Normas, Decretos en consulta que involucran a la CCSS y otros” en el marco de acciones tendientes a la atención de la Recomendación No. 64: Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS (marzo 2014)

XXXIII) Propuesta de acuerdo:

1. Dar por resuelto lo acordado en el artículo 10° de la sesión N° 8545, celebrada el 10 de noviembre del año 2011, en particular, en lo concerniente a la atención de lo instruido en la R64: Actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud.
2. Aprobar la metodología propuesta de mejora regulatoria: Metodología de Normalización, Metodología de Priorización y Sistema de Administración del Conocimiento (KMS) para la implementación del sistema de simplificación, elaborada por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
3. Instruir a las Gerencias de Infraestructura y Tecnología, Financiera y Médica para para que apoyen el diseño e implementación del sistema de Administración del Conocimiento (KMS).
4. Instruir a la Gerencia Médica para que de continuidad al desarrollo de esta propuesta, con el objetivo de que los alcances de las propuestas estén orientados a la prestación de servicios hacia el cliente interno y externo a este nivel.

El licenciado Alfaro Morales refiere que, a raíz de un decreto sobre la eliminación del exceso de trámites, dio lugar a que, por instrucciones de la Junta Directiva, la Gerencia Administrativa nombrara una Comisión, que ha analizado los diferentes reglamentos, protocolos, e hizo un inventario total de todo lo que tiene que ver con procedimientos institucionales. Aquí la pregunta es si, aunque esto es muy técnico-médico, muy estricto en ese tema, de alguna manera se ha visto desde la perspectiva de esa Comisión; si esto es un ámbito muy organizado y regulado que están haciendo, pero estaría como desconectado de ese gran tema país, que es la regularización de todos los trámites administrativos.

La Directora Solera Picado señala que, en el punto 3 de la propuesta de acuerdo, no es solo la Gerencia Financiera sino también la Gerencia de Tecnologías.

El Director Loría Chaves no está de acuerdo con la recomendación 1), dar por concluido lo acordado en el artículo 10° de la sesión 8545, sino que le parece debe decir dar por resuelto.

Por consiguiente, conocida la información presentada por la señora Gerente Médico, que concuerda con los términos del oficio número GM-SJD-5041-2014 del 8 de abril del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee de esta forma:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica en atención a la recomendación #64 del Informe del Equipo de Especialistas, procede a presentar el Informe final de cumplimiento de dicha recomendación atinente al tema de *“Actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud. Además de sus propios problemas de gestión, la CCSS se ha visto afectada por una enorme cantidad de **normativa (leyes y decretos)**, mucha de la cual corresponde a una visión del sistema de salud diferente al que buscaba la reforma de los años noventa, o simplemente promulgada en contextos temporales diferentes a los actuales (como por ejemplo la Ley de Incentivos Médicos, promulgada durante la peor crisis económica que ha enfrentado el país). Por ello, con una perspectiva de mediano plazo, se propone una **revisión detallada de la normativa que afecta a la institución en lo referente de salud**, que resulte en recomendaciones para su actualización y alineamiento respecto al sistema de salud deseable para el país, según se detalla más adelante.”*

La presentación estará a cargo del Dr. Hugo Chacón, como parte del equipo técnico que elaboró el informe a presentar.

ANTECEDENTES

1. La Junta Directiva acordó en el artículo 10° de la sesión N°8545, lo siguiente: *“Respecto de la recomendación número 64 del informe del Equipo de Especialistas, la Junta Directiva instruye a las Gerencias Institucionales para que bajo la coordinación de la Gerencia Administrativa (por medio de DSA) realicen un inventario de la normativa vigente en materia de salud. En un plazo de 6 meses deben presentar de manera conjunta a la Junta Directiva, una propuesta para simplificación y mejora regulatoria en el quehacer institucional en esta materia. La atención de la recomendación debe estar alineada con la Ley de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria (Ley 8220).”*
2. Consecuentemente la Gerencia Médica instruye a funcionarios de la misma, el coordinar con Gerencia Administrativa para la atención de dicha recomendación: Oficio G.M. 36927-5 (agosto 2012): *“En razón de lo antes expuesto, se requiere que cada Dirección a su cargo, registre la normativa según su ámbito de competencia, entendiendo esta como aquellos documentos referentes a políticas, guías, normas, procedimientos, lineamientos, directrices, circulares que dictan lineamientos o directrices enfocados a la prestación de servicios de salud. Se agradece remitir la información solicitada, al correo de la Ing. Shirley López Carmona slopezca@ccss.sa.cr a más tardar el 21 Agosto 2012”*.

ACCIONES

1. Informe sobre la Atención del acuerdo-recomendación # 64 y elaboración de propuesta de mejora regulatoria: diseño de la propuesta de simplificación documentos normalización técnica. (Se adjunta informe)

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica, presenta el Informe sobre la Atención del acuerdo-recomendación # 64 y elaboración de propuesta de mejora regulatoria: diseño de la propuesta de simplificación documentos normalización técnica y recomienda:

1. Dar por concluido lo acordado en el artículo 10° de la sesión N° 8545, celebrada el 10 de noviembre del año 2011, en particular, lo concerniente a la atención de lo instruido en la R64: Actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud.
2. Aprobar la metodología propuesta de mejora regulatoria: Metodología de Normalización, Metodología de Priorización y Sistema de Administración del Conocimiento (KMS) para la implementación del sistema de simplificación, elaborada por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
3. Instruir a la Gerencia Financiera para que realice los trámites presupuestarios correspondientes, para brindar el contenido económico para que permita implementar el sistema de Administración del Conocimiento (KMS).
4. Instruir a la Gerencia Médica para que de continuidad al desarrollo de esta propuesta, con el objetivo de que los alcances de la propuesta estén orientados a la prestación de servicios hacia el cliente interno y externo a este nivel”,

realizada la presentación por parte del doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, respecto del Informe sobre la atención del acuerdo referente a recomendación del Equipo de Especialista R64 y elaboración de una propuesta de mejora regulatoria: diseño de la propuesta de simplificación documentos normalización técnica, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por atendido lo acordado en el artículo 10° de la sesión N° 8545, celebrada el 10 de noviembre del año 2011, en particular, en lo concerniente a la atención de lo instruido en el caso de la R64: Actualizar y alinear la normativa que afecta el quehacer institucional en materia de salud.
- 2) Aprobar la metodología propuesta de mejora regulatoria: Metodología de Normalización, Metodología de Priorización y Sistema de Administración del Conocimiento (KMS) para la implementación del sistema de simplificación, que ha sido elaborada por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

- 3) Instruir a las Gerencias Financiera y de Infraestructura y Tecnologías, cada una en el ámbito de su competencia, para que desarrollen las acciones que permitan la implementación del sistema de Administración del Conocimiento (KMS).
- 4) Instruir a la Gerencia Médica para que dé continuidad al desarrollo de esta propuesta, con el objetivo de que los alcances de la propuesta estén orientados a la prestación de servicios hacia el cliente interno y externo a este nivel.

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

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

Los doctores Chacón Ramírez y Ballesterero Harley se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el Director Salas Carrillo.

Ingresan al salón de sesiones los doctores Jorge Fonseca Renault, Director de Redes .. (y quien fungió como miembro del equipo interventor), ... Méndez ..., y el licenciado Marco Antonio Calvo Barquero, miembro del equipo interventor del Hospital de La Anexión.

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

ARTICULO 55°

La doctora Villalta Bonilla presenta el oficio N° GM-SJD-5110-2014, de fecha 28 de abril del año 2014, mediante el que se remite el informe titulado "*Intervención del Hospital La Anexión de Nicoya: Tercer Informe de resultados*".

La presentación está a cargo del doctor Fonseca Renault, en representación del equipo interventor, con base en las siguientes láminas:

I) INTERVENCIÓN DEL HOSPITAL DE LA ANEXIÓN DE NICOYA
Tercer Informe de Resultados

II) CONTENIDO DE LA PRESENTACIÓN:

- 1. Medición de la productividad de los médicos especialistas.
- 2. Servicio de Urgencias.
- 3. Consulta externa.
- 4. Listas de espera.
- 5. Cirugía.
- 6. Servicio de Radiología.
- 7. Gestión Administrativa.
- 8. Problemas de gestión del Servicio de Mantenimiento.
- 10. Cambios y mejoras no incluidos en el informe de auditoría.
- 11. Atención a informes de Auditoría.
- 13. Rescate de la planta física del Hospital de la Anexión.

- 11. Realización de la TELETÓN 2013.
- 12. Principales dificultades encontradas.
- 13. Agradecimientos.

III) Desarrollo de instrumento para medir la productividad de los médicos especialistas.

The screenshot shows an Excel spreadsheet titled "Capacidad de producción hospitalaria Enero 13 - Microsoft Excel". The main heading is "EFICIENCIA POR SERVICIO DEL HOSPITAL DE LA ANEXIÓN". The data is organized into several tables, each representing a medical service. Each table lists efficiency percentages for different categories: Consultas, Hospitalización, Interconsultas, Procedimientos, Cirugía, and Global.

SERVICIO	Eficiencia Consultas	Eficiencia Hospitalización	Eficiencia Interconsultas	Eficiencia Procedimientos	Eficiencia Cirugía	Eficiencia Global
MEDICINA	90%	136%	58%	74%		89%
Medicina Interna	74%	187%	16%	0%		92%
Fisiatría	114%	0%	0%	86%		100%
Gastroenterología	100%	0%	105%	62%		81%
Geriatría	71%	84%	100%	0%		85%
CIRUGÍA	100%	109%	6%	28%	28%	61%
Cirugía General	89%	168%	4%	33%		74%
Ortopedia	0%	0%	0%	0%		0%
Oftalmología	139%	104%	0%	0%		122%
Urología	72%	53%	8%	23%		39%
PEDIATRÍA	104%	128%	100%			111%
GINECOBISTETRICIA	77%	147%	36%	140%		126%

IV) Desarrollo de instrumento para medir la productividad de los médicos especialistas

The screenshot shows an Excel spreadsheet with a detailed productivity report for three services: Fisiatría y Rehabilitación, Gastroenterología, and Geriatría. Each service section includes a table with columns for "Médico", "Días laborables", "Vacaciones", "Vacaciones profilácticas", "Incapacidad", "Docencia", "Licencia", "Días Netos", "Horas laborables", "Alimentación", "Administración", "Consulta externa", "Hospitalización", "Procedimientos", "Interconsultas", "Eficiencia CE", "Eficiencia Consultas", "Eficiencia Hosp.", "Eficiencia Paciente", "Eficiencia Procedimientos", "Eficiencia Interconsultas", "Eficiencia Global", "Horas CE", "Capacidad Productiva", "Horas", "Capacidad productiva", "Horas SC", and "Capacidad productiva".

Fisiatría y Rehabilitación														
Médico	Días laborables	Vacaciones	Vacaciones profilácticas	Incapacidad	Docencia	Licencia	Días Netos	Horas laborables	Alimentación	Administración	Consulta externa	Hospitalización	Procedimientos	Interconsultas
Dr. Castillo	21	1	0	0	0	0	21	185	21	0	118	236	0	28
Total	21	1	0	0	0	0	21	185	21	0	118	236	0	28

Gastroenterología														
Médico	Días laborables	Vacaciones	Vacaciones profilácticas	Incapacidad	Docencia	Licencia	Días Netos	Horas laborables	Alimentación	Administración	Consulta externa	Hospitalización	Procedimientos	Interconsultas
Dr. Madrigal	22	0	0	0	0	0	22	194	22	0	54	162	0	38
Total	22	0	0	0	0	0	22	194	22	0	54	162	0	38

Geriatría														
Médico	Días laborables	Vacaciones	Vacaciones profilácticas	Incapacidad	Docencia	Licencia	Días Netos	Horas laborables	Alimentación	Administración	Consulta externa	Hospitalización	Procedimientos	Interconsultas
Dr. Muñoz	22	0	0	0	0	0	22	194	22	0	127	381	44	176
Total	22	0	0	0	0	0	22	194	22	0	127	381	44	176

V) Desarrollo de instrumento para medir la productividad de los médicos especialistas

EFICIENCIA POR SERVICIO DEL HOSPITAL DE LA ANEXIÓN					
SERVICIO	Eficiencia Consultas	Eficiencia Hospitalización	Eficiencia Interconsultas	Eficiencia Procedimientos	Eficiencia Global
MEDICINA	90%	136%	58%	74%	89%
Medicina Interna	74%	187%	16%	0%	92%
Fisiatría	114%	0%	0%	86%	100%
Gastroenterología	100%	0%	105%	62%	81%
Geriatría	71%	84%	100%	0%	85%
SERVICIO	Eficiencia Consultas	Eficiencia Hospitalización	Eficiencia Interconsultas	Eficiencia Cirugía	Eficiencia Global
CIRUGÍA	100%	109%	6%	28%	61%
Cirugía General	89%	168%	4%	33%	74%
Ortopedia	0%	0%	0%	0%	0%
Oftalmología	139%	104%	0%	0%	122%
Urología	72%	53%	8%	23%	39%
SERVICIO	Eficiencia CE	Eficiencia Hospitalización	Eficiencia Interconsultas	Eficiencia Global	
PEDIATRÍA	104%	128%	100%	111%	
SERVICIO	Eficiencia CE	Eficiencia Hospitalización	Eficiencia Cirugía	Eficiencia Procedimientos	Eficiencia Global
GINECOBSTERICIA	77%	147%	36%	140%	126%

VI) RESULTADOS. SERVICIO DE EMERGENCIAS

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Sin aplicación de sistema de TRIAGE para la clasificación de pacientes	Aplicación del sistema de triage canadiense desde febrero de 2013
Sin mecanismo de control para la medición de la productividad del personal médico	Ídem. En espera del desarrollo del módulo de emergencias del EDUS, a fin de implementarlo.
Porcentaje superior al 50% de atenciones de pacientes clasificados como no urgentes.	La situación se mantiene, pese a los tiempos de espera prolongados para los pacientes cuyos padecimientos no representan una emergencia. Para que esta situación se modifique, habría que cambiar la política institucional de no rechazo de pacientes en ese servicio.
Estancias superiores a 24 horas	En este momento casi no se producen, porque los pacientes de Cirugía, no quirúrgicos se internan en el Servicio de Cirugía y se incrementó el número de camas de dotación normal en siete.
Llenado inadecuado de hojas de urgencias	Se realiza un control estadístico del correcto llenado de las hojas de puerta, con lo que el problema prácticamente desapareció.

VII) Resultados: Servicio de emergencias

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Sin manual de Organización y Métodos	El Manual de Organización y Métodos del Servicio de Urgencias, fue aprobado por la Dirección General en julio del año 2013.
División de la jornada durante el tercer turno ordinario.	Se estableció un sistema de control para garantizar que no haya división de jornada durante el tercer turno ordinario.
Inicialmente no se contaba con emergenciólogo y se requería delegar un internista para mantener abierto el Servicio.	A partir de junio de 2013 se contó con un internista y a partir de marzo de 2014 con otro, de manera que actualmente se cubren dos turnos con personal especializado en esa materia. Además es posible cubrir el 70% del tiempo no hábil mediante guardias.
Entre las 13 y las 16 horas se juntan los funcionarios médicos del primero y el segundo turnos sin que se aprovechara el exceso de personal para resolver la demanda acumulada.	Se estableció una consulta extemporánea en la Consulta Externa, con personal médico de Urgencias, a fin de valorar y tratar aquellos pacientes catalogados como verdes por el sistema de TRIAGE.

VIII) Dificultades que aún PERSISTEN EN el Servicio de urgencias

- **Alta demanda por padecimientos triviales**
- **Cuello de botella en elaboración de hojas de puerta**

IX) Consulta externa: Resultados

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Cierre de agendas	Todas las agendas se mantienen abiertas para lo que se trasladó el control de agendas a la persona a cargo de la gestión de listas de espera. Asimismo, la Jefatura de Consulta externa hace revisión diaria de las agendas para aprovechar todos los espacios disponibles.
Consultas especializadas dadas por médicos generales	Únicamente las consultas de diagnóstico preliminar de cáncer de mama, consultas obstétricas de bajo riesgo y consultas pos-operatorias, son realizadas por los médicos generales asignados al correspondiente servicio. En especialidades únicas, algunas veces hay que recurrir a un médico general o al médico de familia para que asuma las consultas subsecuentes y se concentran las de primera vez en los especialistas remanentes.

X) Consulta externa: Resultados

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Reducido tiempo asignado a la actividad de consulta externa en las especialidades quirúrgicas	Incremento del tiempo de consulta en estas especialidades en alrededor de un 15%, a expensas del tiempo programado para administración e interconsultas. En las quirúrgicas, alta demanda en CE por escasa capacidad de resolución quirúrgica por falta de tiempo-sala; por lo que, se incrementó el tiempo quirúrgico, concediendo jornadas completas en sala de operaciones. A partir del 2 de mayo del año en curso.
Acumulación de 7 265 referencias sin asignar cita en la Consulta Externa correspondientes a los últimos 4 años.	Elaboración de la resolución administrativa para separar del cargo como medida cautelar a los funcionarios Lic. Jorge Vargas Mendoza y Lic. Walter Zúñiga Zúñiga, a fin de realizar una investigación administrativa por la acumulación de esas referencias.
Concentración de pacientes de la Consulta Externa en un espacio reducido y por un período de tiempo pequeño.	A fin de enfrentar esto se tomaron las siguientes decisiones: 1) Establecer consultas externas por la tarde para todas las especialidades, 2) Redistribuir los consultorios, aprovechando la incorporación de nuevos especialistas (Oftalmólogo) y la ocupación de la zona reconstruida y 3) Variar la asignación de los tiempos de consulta a las especialidades.

XI) Listas de espera: resultados**Gráfico 1**

Número de pacientes en lista de espera para consulta especializada HLA, enero de 2013 a abril de 2014

XII) Listas de espera: resultados**Gráfico 2**

Tiempo de espera en días para algunas consultas especializadas, Hospital de la Anexión, enero de 2013 a abril de 2014

XIII) Listas de espera: resultados**Gráfico 3**

Número de pacientes en lista de espera para procedimientos diagnósticos ambulatorios Hospital de la Anexión, enero de 2013 a abril de 2014

XIV) Listas de espera: resultados**Gráfico 4**

Tiempo de espera en días para los procedimientos diagnósticos ambulatorios Hospital de la Anexión, enero de 2013 a abril de 2014

XV) Listas de espera: resultados**Gráfico 5**

**Número de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos
Hospital de la Anexión, enero de 2013 a abril de 2014.**

XVI) Listas de espera: resultados**Gráfico 6**

**Tiempo de espera en días para la realización de procedimientos quirúrgicos
Hospital de la Anexión, enero de 2013 a abril de 2014**

XVII) Listas de espera: resultados**Tabla 3**

**Otras acciones realizadas por el equipo interventor entre enero de 2013 y abril de 2014
Listas de Espera del Hospital de la Anexión, abril de 2014**

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Acumulación progresiva de pacientes	Reducción lenta pero sostenida del número de pacientes y de los tiempos de espera en consulta especializada y procedimientos diagnósticos ambulatorios, por incremento en la productividad, depuración de las listas y control sobre las agendas con utilización de los tiempos no asignados. En la lista de espera para procedimientos quirúrgicos se observa una reducción en el número de pacientes.
Incremento constante de los tiempos de espera	Reducción progresiva de los tiempos de espera en consulta especializada y procedimientos diagnósticos ambulatorios, mediante la depuración de las listas y recordatorio de citas con el apoyo de funcionarios pensionados del Hospital. En la lista de espera de procedimientos quirúrgicos se observa un incremento en el tiempo de espera, que empezará a virar a partir del mes de mayo por incremento en la asignación de tiempo sala a las diferentes especialidades.

XVIII) Cirugía: resultados**Tabla 4**

**Algunos logros obtenidos entre enero de 2013 y abril de 2014
Salas de Operaciones del Hospital de la Anexión, abril de 2014**

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Tiempo promedio de sala utilizado de 2,6 horas en el primer turno ordinario,	Tiempo promedio de sala utilizado de 3,8 horas en el primer turno ordinario
Proporción del tiempo utilizado de anesestesiólogos del 70%.	Proporción del tiempo utilizado de anesestesiólogos del 78%.

XIX) Cirugía: resultados

Tabla 4

Algunos logros obtenidos entre enero de 2013 y abril de 2014 Salas de Operaciones del Hospital de la Anexión, abril de 2014

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Escaso tiempo de sala signado a las especialidades quirúrgicas	Abandonó de asignación de media jornada en salas a cada especialidad y sólo por la mañana, ahora se asignan jornadas completas, en las que se debe programar un mínimo de cinco horas de cirugía electiva; de manera que se garantice un uso efectivo del recurso quirófono, de acuerdo con la norma institucional (5 horas de tiempo de anestesia en el primer turno).
Programación de 3-4 horas de cirugía electiva por día y suspensión de algunas en caso de presentarse emergencias	Programación de cinco horas diarias de cirugía electiva para que en las tres horas restantes sea posible resolver las emergencias quirúrgicas que se presenten sin suspender los procedimientos programados. Ginecoobstetricia: se le asignó una sala en forma permanente en el primer turno para evitar el desplazamiento de las otras especialidades para la atención de emergencias obstétricas. También debe ser programada con cinco horas de cirugía electiva, para resolver colas de espera.

XX) Cirugía: resultados

Tabla 4

Redistribución del tiempo sala de operaciones Salas de Operaciones del Hospital de la Anexión, abril de 2013

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following structure:

- Header:** CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, HOSPITAL DE LA ANEXIÓN, Distribución de salas de operaciones, según número de anestesiólogos.
- Section 1:** TRES ANESTESIÓLOGOS SEMANA 1. Columns: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes. Rows: 1.1 Ginecobstetricia general, 1.2 Ginecobstetricia general, 2.1 Cirugía General, 2.2 Cirugía General, 3.1 Urología local, 3.2 Urología local, Emergencias, Gastro, Gastro.
- Section 2:** TRES ANESTESIÓLOGOS SEMANAS 2 y 3. Columns: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes. Rows: 1.1 Ginecobstetricia general, 1.2 Ginecobstetricia general, 2.1 Cirugía General, 2.2 Cirugía General, 3.1 Urología local, 3.2 Urología local, Emergencias, Gastro, Gastro.

XXI) Gestión administrativa: resultados**Plan de gestión local.**

- **El Plan de Gestión Local fue rediseñado en cuanto a la forma de cálculo de las metas, siguiendo el siguiente procedimiento:**
- **Contabilización de logros en todas las actividades para los cinco años previos.**
- **Cálculo de las variaciones anuales, respecto al ejercicio precedente.**
- **Análisis de las variaciones para determinar las causas de las más importantes.**
- **En el caso de las variables con incrementos progresivos y sostenidos, aplicación de los promedios de variación anual.**
- **En el caso de las variables con desempeño errático, ajuste de los porcentajes de variación para eliminación de las distorsiones y aplicación de la proporción resultante al valor obtenido en el último año.**
- **Se diseñó un método basado en la capacidad instalada a partir del estudio de eficiencia productiva de los servicios médicos especializados**
- **82 metas modificadas en julio de 2013 contra 3 no alcanzadas en febrero de 2014**

XXII) Gestión administrativa: resultados

Agrega el doctor Fonseca Renauld que siempre fue una preocupación que la Caja no tuviera una metodología que permitiera determinar la productividad de los médicos especialistas, por lo que, con Excel, se desarrolló una herramienta que permitiera hacer una evaluación de qué, cuántos, cómo producían los especialistas y los diferentes servicios. Esta herramienta involucra dos libros; señala en un gráfico una vista parcial del primer libro, en el cual están incluidos todos los días del año, todos los meses del año y todos los médicos del Hospital. Esta primera parte contiene el tiempo de vacaciones, el tiempo que están disfrutando por licencias de cualquier tipo, como incapacidades, permisos con goce de salario, permisos sin goce de salario, etc., y al final de cada mes se calculan los días efectivamente laborados. Y a partir de ahí, se calcula la productividad en las diferentes actividades que realiza el Hospital; por decir algo, tiene cinco horas de consulta, pues entonces tendría alrededor de 18 consultas, en interconsultas tantas y así para cada una de las actividades; y al final, se calcula la eficiencia relacionando lo conocido con lo que se esperaba producir. Esto está para cada uno de los médicos, existe una hoja para servicio o para cada grupo de servicios, de manera que cada uno de los médicos, cada uno de los servicios y cada grupo de servicios tiene un instrumento para medir su eficiencia. La información de la producción la han estado haciendo él y el doctor Méndez; es un proceso enormemente laborioso, pero el resultado vamos a ver si en realidad es bueno. Pero la única forma de hacerlo es directamente desde la Dirección, y que se cuente con una herramienta desarrollada que automáticamente haga los cálculos. Esto les permite tener al final, por cada uno de los servicios y por cada uno de los médicos, una calificación de la productividad, por ejemplo, en la segunda hoja que se vio, era fisiatría y rehabilitación y se encontró que la productividad era de un 84% en consulta externa, pero era de 116% en procedimientos. En otros servicios, por ejemplo en medicina interna, encontraron que en el tiempo dedicado a hacer interconsultas solamente se estaba obteniendo un 16%, por lo que había que tomar algunas acciones, o que los procedimientos en otras especialidades tenían un 36% de eficiencia, entonces había que reducir los tiempos ahí y aumentarlos en otros lados donde se requiere más tiempo y más dedicación.

Para terminar con su presentación, agregar que en gestión administrativa se cambió el procedimiento, había grandes problemas tanto así que en julio 2013, cuando se hizo la evaluación de los logros obtenidos, en el primer semestre encontraron que había 82 metas que hubo que modificar totalmente, porque se salían de las posibilidades de alcanzarlas; y ahora en enero, la evaluación que se hizo demostró que no se alcanzaron 3 metas por un 5% de variación y por razones que en realidad eran bien justificables para no haberlas alcanzado. Pero por lo menos queda una metodología para hacer un plan de gestión más apropiado.

El licenciado Calvo Barquero continúa con la presentación, con base en las láminas que se detallan:

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Utilización de cuentas de mantenimiento e inversión en 60% con traslado a cuentas de operación	Utilización de cuentas de mantenimiento e inversión en 130% de la asignación original por reforzamiento
Sobre-ejecución de cuentas de servicios personales fijas y variables	Equilibrio de cuentas fijas y variables de recursos humanos por reforzamiento
Sub-ejecución de las cuentas de materiales y suministros	Ejecución apropiada de cuentas de materiales y suministros, excepto por contratos no consolidados de compras regionales
Sub-ejecución de cuentas de servicios públicos	Incremento de cuentas de servicios públicos sobre todo en agua por daño en el pozo

XXIII)Gestión administrativa: resultados

OTROS ELEMENTOS.

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Debilidad en el proceso de planificación y programación	<p>Enfoque al proyecto de reforzamiento estructural y construcción de la torre de Hospitalización en el HLA:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Reducción por tres años del 50% de la capacidad productiva del Hospital •Inalterada la demanda de los distritos de Puntarenas <ul style="list-style-type: none"> • Se está gestionando el traslado del Servicio de Proveeduría • Consecución de un quirófano y una sala de partos de campaña • Traslado del Servicio de Cirugía Hombres a Proveeduría • Traslado del Servicio de Medicina al área administrativa (2 baterías de servicios sanitarios)

Debilidades en la conducción, supervisión y control.	Sistema de control de la productividad y eficiencia de los médicos y de los servicios especializados ha sido desarrollado
--	---

XXIV) Gestión administrativa: resultados

OTROS ELEMENTOS:

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Cumplimiento de la jornada laboral y seguridad de la planta física	<p>Se han mantenido los tres mecanismos de control:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe de cumplimiento de la jornada laboral por parte de las jefaturas • Anotación de ingresos y salidas por las puertas de los parqueos • Control electrónico de ingreso y salida mediante los relojes marcadores.
Actitud complaciente en la adopción de medidas disciplinarias	<p>Treinta y seis procedimientos administrativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nivel de investigación preliminar veintiocho • Dieciocho completaron el debido proceso • En siete: amonestaciones verbales hasta suspensiones <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro son por despido sin responsabilidad patronal • Tres casos han sido enviados al CIPA • Dos se han realizado con funcionarios externos al Hospital.

XXV) PROBLEMAS DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO

CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE AUDITORÍA

RECOMENDACIÓN	AVANCE	OBSERVACIONES
Presentar informe de visitas de los técnicos de las empresas que brindan los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo.	100%	El Hospital de la Anexión cuenta en la actualidad con 15 contratos de mantenimiento preventivo y correctivo
Informe de la Aplicación de la “Guía para Implementar Rutinas de Mantenimiento en Áreas de Cirugía”.	50%	Se realizan trabajos de mantenimiento preventivos a las salas de cirugía como por ejemplo: mantenimiento de pisos con pintura epóxica, pintura de paredes y reparación de cielo rasos en salas de Urgencias y equipo médico bajo contrato.

<p>El avance de cada una de las plantillas según el grado de cumplimiento a la fecha.</p> <p>Inspección trimestral de fontanería.</p> <p>Inspección semestral de edificios</p> <p>Inspección semestral de instalaciones eléctricas</p> <p>Inspección anual de edificios</p> <p>Inspección anual de instalaciones eléctricas</p>	100 %	<p>Se procedió a realizar evaluación de las hojas de inspección en reunión realizada con personal a cargo del llenado, y se empezó a ejecutar las hojas en noviembre 2013.</p> <p>Semanalmente se realizaban inspecciones a la planta física pero sin el llenado de las boletas.</p>
<p>Instruir a los Servicios del Hospital el llenado de las boletas de “Control Conservación y Mantenimiento”</p> <p>Informe según metas porcentuales para la atención de boletas</p> <p>Indicar el tiempo de respuesta, uso de los repuestos, tiempo de ejecución, número de activo reparado si aplica.</p>	80 %	<p>Mediante oficio se indicó a las jefaturas de los correspondientes servicios sobre la adecuada utilización de las boletas de control conservación y mantenimiento.</p> <p>En diciembre 2013 se elaboró informe en donde se visualiza el porcentaje de atención de boletas. Para el año 2014, según oficio SIMHA se establecerán metas porcentuales, con respecto a las boletas generadas durante el año con cortes trimestrales.</p>

XXVI) Otros proyectos ejecutados o por ejecutar

HOJA PARA EL REGISTRO DE JUSTIFICACIONES EN LA FORMULACIÓN DE PRESUPUESTO							
LOGROS RELEVANTES EJECUTADOS EN EL 2013 Y PARA EJECUTAR EN SEGUNDO SEMESTRE 2014 Y PRIMER SEMESTRE 2015.							
PROYECTOS ESPECIALES							
RECURSOS PARA ATENDER LA LEY 7600				172.000.0000			
Código y Nombre de la partida presupuestaria	Cantidad	Unidad Medida	Descripción del Objeto del gasto	Monto Promedio	Monto	Justificación y relación con la (s) Meta (s) del Plan Anual	Etapas del Proyecto
2156 Mantenimiento de Edificio	1		Pintura y Mejoras Servicio de Emergencias	75.000.000,0	75.000.000,0	Acondicionar el servicio de Emergencias, pintar paredes, verjas perimetrales, canoas y tapicheles, con el fin mantener el servicio en óptimas condiciones y prolongar la vida útil de las instalaciones.	Ejecutado 2013
2156 Remodelación Oficina Admisión	1	mts	Remodelación Oficina Admisión y Hoja de Puerta (Recepción)	10.000.000,0	10.000.000,0	Por hacinamiento en la oficina de Admisión y Hoja de Puerta (Recepción) para una mejor atención al usuario.	Ejecutar 2015
2156 Cambio cubierta de techo e instalación eléctrica	1	mts	Cambio de cubierta techo e instalación eléctrica.	20.000.000,0	20.000.000,0	Cambio cubierta techo de residencias médicas - cirujanos y Trabajo Social, por mal estado y goteras e instalación eléctrica.	Ejecutar 2015
2192 Contratación Servicios de Vigilancia	1		Vigilancia por terceros	40.000.000,0	40.000.000,0	Nuevo proceso de contratación de Servicios de Vigilancia por terceros para el Hospital de la Anexión, para cubrir a los alrededores de la planta física y el Departamento de Recursos Humanos que en la actualidad no cuentan con el	Estudio costos hospitalarios San José
2550 Otras Construcciones	1	666 mts	Malla perimetral del Hospital.	20.000.000,0	20.000.000,0	Construcción de tapia perimetral y 3 casetillas de vigilancia, de tal forma que permita una mejor vigilancia y control de entrada y salida de vehículos y evitar el paso de antisociales, para dar seguridad a funcionarios y asegurados y resguardar los bienes institucionales.	Planos y especificaciones técnicas
	3	36 m2	Casetas de Vigilancia	8.333.333,3	30.000.000,0		
	1	15 m2	Batería Servicios Sanitarios para Auditorio y pacientes	30.000.000,00	30.000.000,0	Se confeccionara una batería de servicios sanitarios en el Auditorio para usuarios de esa Unidad.	Ejecutado 2013
2310 Mobiliario y Equipo de Oficina	60	Butacas	Butacas para atención al cliente	15.000.000,0	15.000.000,0	Las butacas existentes, datan desde la apertura del Hospital, con más de 35 años de uso, las cuales se encuentran en deterioro avanzado y se requiere el cambio en todo el Hospital.	Ejecutado 2013 ADENDUM para 30 butacas 2014

XXVII) Otros proyectos ejecutados o por ejecutar

Código y Nombre de la partida presupuestaria	Cantidad	Unidad Medida	Descripción del Objeto del gasto	Monto Promedio	Monto	Justificación y relación con la (s) Meta (s) del Plan Anual	Etapas del Proyecto
2102 Alquiler Edificio	1	900 mts	Alquiler edificio	4,000,000,0	46,000,000,0	Por el reforzamiento estructural y construcción nueva torre se traslada temporalmente la proveeduría.	Ejecutar 2014
2330 Equipo Transporte	1	km	Moto	3,000,000,0	3,000,000,0	Para realizar labores de mensajería en el Hospital de La Anexión	Ejecutar 2014
	1	km	Camión 6 toneladas	20,000,000,0	20,000,000,0	Para traslado y compras de Proveeduría, Fropieria, Mantenimiento, Farmacia, Laboratorio Clínico en conjunto con las Áreas de Salud de la Península Personal de planta para inicio torre hospitalización	Ejecutar 2015
2001 Plazas	16	plazas	Plazas Mantenimiento		Reforzar		2014-2015
2390 Mobiliario	20	UD	Mesas con 4 sillas fijas	10,000,000,0	10,000,000,0	Mesas con cuatro sillas fijas para el comedor del Hospital	Ejecutar 2015
	2	UD	Reloj Marcador	\$3,100,0	\$3,500,000	Reloj maracador para asistencia y puntualidad del personal del Hospital de La Anexión.	Ejecutar 2014
	1	UD	Sustitución de transformadores de pedestal	20,000,000,0	20,000,000,0	Sustitución de transformador de pedestal actual en Urgencias el cual presenta fuga de aceite.	Ejecutar 2014
2217 Compra de instrumental herramientas		UD	Compra de herramienta liviana para ser utilizada por funcionarios de mantenimiento	5,000,000,0	5,000,000,0	Compra de herramienta liviana para ser utilizada por funcionarios de mantenimiento	Ejecutar 2014
2360 Compra de activos para utilizarse en el taller de mantenimiento	12	UD	Activos varios mantenimiento	10,000,000,0	10,000,000,0	Compra de activos varios en mantenimiento (taladros, cierras, metabos, etc)	Ejecutar 2014
2320 Equipo Médico	2	Equipo	Electrocardiografos	3,500,000,0	7.000.000,0	Atención a pacientes Hospitalizados y de Consulta Externa, con discapacidad funcional o motora producto de patología o trastornos, hay una creciente demanda de pacientes producto de la atención de toda el Área de Atracción	Ejecutado 2013
	2	Equipo	Estimulador Electrico	4.000.000,0	8.000.000,0		
Esterilizador	1	Equipo	Autoclave	20.000.000,0	20.000.000,0	Esterilizador o Autoclave para procesar desechos sólidos a las Áreas de Salud de Santa Cruz, Filadelfia, Nicoya y Hospital de la Anexión, para poder enviar a los rellenos sanitarios Municipales y que no contaminen el ambiente.	Ejecutado 2014

XXVIII) Grado de cumplimiento de recomendaciones de auditoría

INFORMES AUDITORÍA	ESTADO ACTUAL
Informe AGO-090-2012 "Evaluación de los Procedimientos de Contratación Administrativa para la Adquisición de Hardware y Software en el Hospital de La Anexión".	#1 en proceso (DRRSSCH) # 2 - 3 y 4 cumplidas
Informe AGO-107-2011 "Evaluación sobre la formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación del Plan Anual Operativo-Presupuesto del Hospital de La Anexión."	# 2-3-5 y 9 en proceso # 6-7 y 8 cumplidas
Informe AGO-421-2011 "Estudio especial sobre el servicio de ambulancias que se brinda al usuario en el Hospital de la Anexión U.E. 2503"	Pendiente resolución de Auditoría
Informe ASS-239-2011 "Disponibilidad y suficiencia de equipo médico para la prestación de servicios de salud en el Hospital de La Anexión"	# 1-3-4-5 y 7 en proceso # 6 cumplida
Informe AGO-378-2012 "Evaluación de la gestión de mantenimiento de la infraestructura del hospital de La Anexión"	Concluido
Informe AGO-410-2012 "Evaluación de la gestión administrativa en los Servicios de Fisiatría y Ortopedia de la Consulta Externa Especializada del Hospital de La Anexión, U.E. 2503"	Pendiente resolución de Auditoría

Informe AGL-250-R-2007 “Evaluación de la gestión de contratación administrativa de bienes y servicios ejecutada en el Hospital de La Anexión de Nicoya”.	En proceso
Informe AGO-07-379-02-2013 “Estudio referente a nombramientos de plazas de oficiales de seguridad, trabajadores de servicios generales, asistentes de pacientes, auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales en el Hospital de La Anexión, U.E. 2503”.	Pendiente resolución de Auditoría

XXIX) Grado de cumplimiento de recomendaciones de auditoría

Informe AGO-240-R-2009 “Evaluación administrativa de la oficina de recursos humanos del Hospital de La Anexión de Nicoya, U.E. 2503”.	# 1, 2.4, 2.6 Y 2.12 cumplidas # 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.7, 2.10 Y 2.11 en proceso
Informe AGO-131-R-2010 “Evaluación de la Seguridad Física del Centro de Gestión Informática, del Hospital de La Anexión, U.E. 2503”.	Pendiente resolución de Auditoría
Informe AGO-39-2013 “Estudio especial sobre control del inventario de medicamentos en la Farmacia del Hospital de La Anexión, U.E. 2503”.	Pendiente resolución de Auditoría
Informe AGO-111-2011 “Evaluación de la implementación del Modelo de Organización y funcionamiento del Área de Gestión de Bienes y Servicios del Hospital de La Anexión”.	Concluido
Informe ASSSI-205-R-2009 “Evaluación sobre la gestión de almacenamiento en los Hospitales.	En proceso
Informe AAS-140-R-2009 “Evaluación de la Gestión Gerencial en el Hospital de La Anexión de Nicoya, según análisis de algunos indicadores hospitalarios”.	En proceso
Informe AAGO-298-2011 “ Estudio especial sobre la suficiencia del control interno establecido en la compra directa 2012CD-000002-2503, promovida para la adquisición de repuestos para lavadora MILNOR, en el Hospital de La Anexión U.E 2503”.	En proceso

XXX) Grado de cumplimiento de recomendaciones de auditoría

Informe AGO-041-2012 “Evaluación de la gestión administrativa relacionada con la programación de camas en cirugía y Ginecoobstetricia de quirófanos en Urología y Ginecología y Ultrasonidos en Radiología en el Hospital de La Anexión U.E. 2503”.	1, 2 5 Y en proceso 3 Y 4 cumplidas
Informe AGO-237-A-2010 “Evaluación ambiental de la Gestión en el manejo de los desechos sólidos y residuos de sustancias	Pendiente resolución de Auditoría

químicas del Hospital de La Anexión”	
Informe AGO-161-2011 “Cumplimiento del plan de continuidad de la gestión en tecnologías de información y comunicaciones del Hospital de La Anexión U.E. 2503”	1, 2 y 3 en proceso

XXXI)



RESCATE DE LA PLANTA FÍSICA DEL HLA

CENTRO DE ACOPIO



ANTES



AHORA

XXXII)



RESCATE DE LA PLANTA FÍSICA DEL HLA

ÁREA DESTRUIDA POR EL TERREMOTO



ANTES



AHORA

XXXIII)

RESCATE DE LA PLANTA FÍSICA DEL HLA

PROYECTO PINTURA DEL HOSPITAL



XXXIV)

RESCATE DE LA PLANTA FÍSICA DEL HLA

PROYECTO PINTURA DEL HOSPITAL



XXXV)

RESCATE DE LA PLANTA FÍSICA DEL HLA

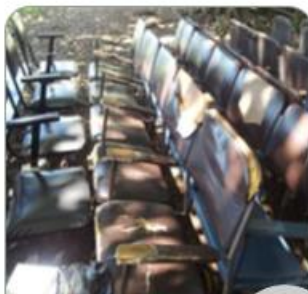
PINTURA Y TECHO DE EMERGENCIAS



XXXVI)

RESCATE DE LA PLANTA FÍSICA DEL HLA

COMPRA DE BUTACAS



ANTES



AHORA

XXXVII)

RESCATE DE LA PLANTA FÍSICA DEL HLA

DOTACIÓN DE MUEBLES A DIVERSOS SERVICIOS



AHORA



AHORA

XXXVIII)

RESCATE DE LA PLANTA FÍSICA DEL HLA

DOTACIÓN DE NUEVA AMBULANCIA



Nueva ambulancia



Entrega

XXXIX)

RESCATE DE LA PLANTA FÍSICA DEL HLA

BATERÍA DE BAÑOS ÁREA ADMINISTRATIVA (MI)



26 DE NOVIEMBRE



5 DE DICIEMBRE

XL)

OTRAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE LA PLANTA FÍSICA

CONSTRUCCIÓN DE MALLA PERIMETRAL

COSTADO NORTE



COSTADO SUR



XLI)

OTRAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE LA PLANTA FÍSICA

CONSTRUCCIÓN DE CASSETAS DE VIGILANCIA

COSTADO SUROESTE



COSTADO NOROESTE



COSTADO SURESTE



XLII) Agradecimientos.

- A la Junta Directiva y a la Presidencia Ejecutiva por la confianza depositada en nosotros para hacer esta intervención.
- Dra. María Eugenia Villalta, Gerente Médica.
- Lic. Gustavo Picado, Gerente Financiero.
- Ing. Juan Cesar Rojas Aguilar, Dirección de Mantenimiento Institucional.
- Licda. Sara González, Directora de Presupuesto.

Antes de conocer la propuesta de acuerdo, señala la Directora Solera Picado que quisiera hacer un resumen, porque es importante que quede en actas una conclusión de lo que fue la intervención; pareciera por la presentación y el informe de ambas partes que se logró el objetivo; ve que los informes de Auditoría fueron fundamentales para tomar las decisiones; ve que en la parte administrativa hay un 60% de avance, el resto está ya en proceso; ve que en la parte médica se ha tenido un importante avance, igual en la parte de listas de espera que es una variable de mucho impacto con el usuario; y por la exposición una serie de medidas administrativas a lo interno de los servicios del hospital, que pareciera que han dado buenos resultados. Se ha hecho un aporte muy importante, pero también se han hecho esfuerzos para buscar, para gestionar, para innovar. Le parece que se ha cumplido con el objetivo.

La señora Presidenta Ejecutiva agradece a los compañeros que accedieron a la solicitud de la Gerencia Médica y la Junta Directiva para intervenir el Hospital, con el objetivo de mejorar y optimizar el uso de los recursos. Con el informe queda evidenciado: 1) que se mejoraron los procesos, 2) que se establecieron controles, 3) que se hizo una mejor planificación del recurso humano y el recurso financiero. Y es evidente el avance en infraestructura, en equipamiento, con las listas de espera, que se mejoró desde el punto de vista de gestión y por supuesto que hay que darle continuidad a este proceso, pero cree que se cumplió el objetivo que la Junta Directiva planteó con la intervención, para mejorar todos los procesos en el centro hospitalario; y que en última instancia, lo que interesa es la prestación directa de servicios. Cree que se cumplió el objetivo y queda claro que la gestión ha mejorado sustancialmente, por lo que hay que agradecerle al equipo el trabajo que han llevado a cabo, con resultados muy positivos.

XLIII) Propuesta de acuerdo:

- La Junta Directiva una vez realizada la presentación por parte de la Gerencia Médica sobre el Informe de la Comisión Interventora del Hospital La Anexión, ACUERDA:
-
- Dar por recibido el informe de la intervención del Hospital de la Anexión presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5110-2014, del 28 de abril del 2014.
- Proceder a dar por terminado el proceso de intervención del Hospital de la Anexión y por ende dar por atendidos los acuerdos del artículo 62 de la sesión N°8617 y el artículo 28 de la sesión N°8685.
- Instruir a la Gerencia Médica para que se revise y proceda conforme corresponda, si al concluir el proceso de intervención alguno o algunos de los funcionarios que forman parte del Equipo Interventor continuará en el citado Hospital.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5110-2014 fechado 28 de abril del año en curso, que en adelante se transcribe, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica ha recibido el Informe de la intervención suscrito por el Equipo Interventor del Hospital La Anexión.

La presentación será realizada por el Dr. Jorge Arturo Fonseca Renault, en representación del equipo interventor.

ANTECEDENTES

La Junta Directiva en el artículo 62° de la sesión N°8617 del 20 de diciembre del 2012, acordó:

“(…)con fundamento en el citado informe rendido por la señora Gerente Médico, que ha quedado transcribe en párrafos precedentes, así como el informe de Auditoría número ASS-242-2012 y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva ACUERDA:

a) Proceder a la intervención total del Hospital La Anexión de Nicoya, hasta por un plazo de seis meses prorrogables contado a partir de la firmeza del acuerdo.

b) Como medida cautelar, el traslado temporal del Dr. Juan José Li Kam, quien ostenta el puesto de Director Médico y del Lic. Álvaro Rosales Canales, Director Administrativo Financiero, hasta por cuatro meses prorrogables. Queda facultada la Gerencia Médica para definir la unidad a la que serán trasladados, de conformidad con la conveniencia institucional. Esto en el entendido de respetar los derechos y condiciones laborales de estos funcionarios.

c) Designar una Comisión Interventora, que asumirá el control de la gestión de ese Hospital. Constituir dicha Comisión con el Dr. Jorge Fonseca Renault, como Director Médico a.i, y el Lic. Marco Antonio Calvo Barquero como Director Administrativo Financiero.

d) Queda facultada la Gerencia Médica para operativizar las acciones correspondientes y fortalecer el equipo interventor con otros funcionarios, de ser necesario. ACUERDOS FIRMES”.

2. La Gerencia Médica mediante oficio GM-2353-8-2013 de fecha 17 de junio, 2013, presentó el I Informe de la intervención, considerando:

“La Gerencia Médica considera necesario continuar el proceso de mejoramiento de la gestión del Hospital la Anexión de Nicoya, con el objetivo de corregir los hallazgos, que la Comisión Interventora encontró una vez iniciadas las labores en dicho centro, en el transcurso del presente año; por lo que se justifica, la ampliación de la intervención durante el año 2014, para el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Continuar con la atención de los informes de Auditoría. (a la fecha se tienen 16 en proceso).
- Proseguir con el rescate y mejoramiento de la planta física del Hospital de la Anexión.
- Seguir con el avance del proyecto de reforzamiento estructural y construcción de la torre de hospitalización.
- Mejorar la productividad de profesionales médicos y no médicos, entre otras áreas.
- Aumentar el tiempo de utilización de salas de operaciones.
- Maximizar el aprovechamiento de los recursos según la capacidad instalada.
- Continuar con la reducción de las listas de espera, tanto en número de pacientes, como en el plazo de espera.”

3. La Junta Directiva en el artículo 11° de la sesión N°8646 del 20 de junio del 2013, acordó:

“(...)una vez conocido el contenido de las acciones realizadas por el equipo interventor del Hospital de la Anexión, y considerando que estas acciones se encuentran en proceso, en su totalidad, pero que todas se encuentran dirigidas al fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud y al resguardo de los activos institucionales, en lo que se relaciona puntualmente con la atención de emergencias, servicios de hospitalización y salas de operaciones, coordinación interniveles, establecimiento de indicadores de producción y oportunidad de la atención de los pacientes, y con el objetivo de que se adopten acciones resolutivas que perduren en el tiempo, la Junta Directiva, de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica, vista en el oficio citado oficio número GM-29492-15-13
ACUERDA:

- a) *Prorrogar por un período de seis meses la intervención del total del Hospital de la Anexión de Nicoya, a partir de la firmeza de este acuerdo, a efecto de que los servicios que se prestan en ese centro médico lo sean con oportunidad, eficiencia y eficacia.*
- b) *Instruir a la Dirección Regional de Servicios Médicos de la Región Chorotega, para que realice todas las gestiones, para una eficaz coordinación entre las áreas de salud adscritas al Hospital de Nicoya. De igual manera, que se promueva la coordinación entre el Hospital de Liberia y el Hospital de Nicoya.”*

ACCIONES

En este sentido, se procede a presentar informe de las acciones realizadas a este nivel, en atención a lo instruido por la Junta Directiva.

El documento a presentar es complemento de los informes que se han presentado a la Junta Directiva y define los siguientes logros:

El documento a presentar es complemento de los informes que se han presentado a la Junta Directiva y define los siguientes logros:

1. Acciones realizadas por el equipo interventor entre enero de 2013 y abril de 2014 Servicio de Urgencias del Hospital de la Anexión:

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Sin aplicación de sistema de TRIAGE para la clasificación de pacientes	Aplicación del sistema de triage canadiense desde febrero de 2013
Sin mecanismo de control para la medición de la productividad del personal médico	Ídem. En espera del desarrollo del módulo de emergencias del EDUS, a fin de implementarlo.
Porcentaje superior al 50% de atenciones de pacientes clasificados como no urgentes.	La situación se mantiene, pese a los tiempos de espera prolongados para los pacientes cuyos padecimientos no representan una emergencia. Para que esta situación se modifique, habría que cambiar la política institucional de no rechazo de pacientes en ese servicio.
Estancias superiores a 24 horas	En este momento casi no se producen, porque los pacientes de Cirugía, no quirúrgicos se internan en el Servicio de Cirugía y se incrementó el número de camas de dotación normal en siete.
Llenado inadecuado de hojas de urgencias	Se realiza un control estadístico del correcto llenado de las hojas de puerta, con lo que el problema prácticamente desapareció.
Sin manual de Organización y Métodos	El Manual de Organización y Métodos del Servicio de Urgencias, fue aprobado por la Dirección General en julio del año 2013.
División de la jornada durante el tercer turno ordinario.	Se estableció un sistema de control para garantizar que no haya división de jornada durante el tercer turno ordinario.
Inicialmente no se contaba con emergenciólogo y se requería delegar un internista para mantener abierto el Servicio.	A partir de junio de 2013 se contó con un internista y a partir de marzo de 2014 con otro, de manera que actualmente se cubren dos turnos con personal especializado en esa materia. Además es posible cubrir el 70% del tiempo no hábil mediante guardias.
Entre las 13 y las 16 horas se juntan los funcionarios médicos del primero y el segundo turnos sin que se aprovechara el exceso de personal para resolver la demanda acumulada.	A partir de julio de 2013, se estableció una consulta extemporánea en el Servicio de Consulta Externa, con personal médico del Servicio de Urgencias, a fin de valorar y tratar aquellos pacientes catalogados como verdes por el sistema de TRIAGE. El resto de los médicos permanecen en Emergencias tratando de sacar la demanda acumulada de pacientes amarillos y de resolver los pacientes que se encuentran en observación o en espera de resultado de exámenes en ese horario.

2. Acciones realizadas por el equipo interventor entre enero de 2013 y abril de 2014
Consulta Externa del Hospital de la Anexión.

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Cierre de agendas	Todas las agendas se mantienen abiertas para lo que se trasladó el control de agendas a la persona a cargo de la gestión de listas de espera. Asimismo, la Jefatura de Consulta externa hace revisión diaria de las agendas para aprovechar todos los espacios disponibles para la valoración de pacientes, lo cual incrementa la productividad y la eficiencia de la hora médico en ese servicio, con reducción de las listas de espera.
Consultas especializadas dadas por médicos generales	Se eliminó esa práctica, permitiendo que únicamente las consultas de diagnóstico preliminar de cáncer de mama, consultas obstétricas de bajo riesgo y consultas pos-operatorias, sean realizadas por los médicos generales asignados al correspondiente servicio, en especial cuando por razones de incapacidad o vacaciones no programadas, no se dispone de uno de los especialistas. En caso de incapacidad de especialidades únicas, fallecimiento de algún familiar o una ausencia no programada por otra causa, algunas veces hay que recurrir a un médico general o al médico de familia para que asuma las consultas subsecuentes y se concentran las de primera vez en los especialistas remanentes o se re-programan las consultas. En todo caso, se trata de contar con el apoyo de los restantes especialistas para atender las consultas especializadas.
Reducido tiempo asignado a la actividad de consulta externa en las especialidades no quirúrgicas	Se ha incrementado el tiempo asignado a la consulta externa en estas especialidades en alrededor de un 15%, a expensas del tiempo programado para la administración y del que se dedicaba a la evacuación de interconsultas que, de acuerdo con el estudio realizado parecía excesivo. En el caso de las especialidades quirúrgicas, la alta demanda en consulta externa se debe en gran medida a la escasa capacidad de resolución quirúrgica por una reducida asignación de tiempo quirúrgico a cada especialidad; por lo que para éstas, se incrementó el tiempo quirúrgico a expensas del tiempo programado en consulta externa, concediendo jornadas completas en sala de operaciones, en lugar de medias jornadas. Esta modificación se hará efectiva a partir del 2 de mayo del año en curso.
Acumulación de 7 265 referencias sin asignar cita en la Consulta Externa correspondientes a los últimos 4 años.	Elaboración de la resolución administrativa para separar del cargo como medida cautelar a los funcionarios Lic. Jorge Vargas Mendoza y Lic. Walter Zúñiga Zúñiga, a fin de realizar una investigación administrativa por la acumulación de tal cantidad de referencias sin asignar cita y la negativa a solucionar el problema mediante medidas propuestas por la Jefatura de Consulta Externa.

Concentración de pacientes de la Consulta Externa en un espacio reducido y por un período de tiempo pequeño.	A fin de enfrentar esta problemática se tomaron las siguientes decisiones: 1) Establecer consultas externas por la tarde para todas las especialidades, 2) Redistribuir los consultorios, aprovechando la incorporación de nuevos especialistas (Oftalmólogo) y la ocupación de la zona reconstruida y 3) Variar la asignación de los tiempos de consulta externa a las especialidades, para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.
--	---

3. Acciones realizadas por el equipo interventor entre enero de 2013 y abril de 2014
Listas de Espera del Hospital de la Anexión.

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
Acumulación progresiva de pacientes	Reducción lenta pero sostenida del número de pacientes y de los tiempos de espera en consulta especializada y procedimientos diagnósticos ambulatorios, por incremento en la productividad, depuración de las listas y control sobre las agendas con utilización de los tiempos no asignados. En la lista de espera para procedimientos quirúrgicos se observa una reducción en el número de pacientes.
Incremento constante de los tiempos de espera	Reducción progresiva de los tiempos de espera en consulta especializada y procedimientos diagnósticos ambulatorios, mediante la depuración de las listas y recordatorio de citas con el apoyo de funcionarios pensionados del Hospital. En la lista de espera de procedimientos quirúrgicos se observa un incremento en el tiempo de espera, que empezará a virar a partir del mes de mayo por incremento en la asignación de tiempo sala a las diferentes especialidades.
Escaso tiempo de sala asignado a las especialidades quirúrgicas	Se abandonó la práctica de asignar media jornada laboral de salas de operaciones a cada especialidad y sólo por la mañana, contrariamente, ahora se asignan jornadas completas, en las que se debe programar un mínimo de cinco horas de cirugía electiva; de manera que se garantice un uso efectivo del recurso quirúrgico, de acuerdo con la norma institucional (5 horas de tiempo de anestesia en el primer turno).

<p>Programación de 3-4 horas de cirugía electiva por día y suspensión de algunas en caso de presentarse emergencias</p>	<p>Programación de cinco horas diarias de cirugía electiva para que en las tres horas restantes sea posible resolver las emergencias quirúrgicas que se presenten sin suspender los procedimientos programados.</p> <p>En el caso de Ginecobstetricia, se le asignó una sala en forma permanente en el primer turno para evitar el desplazamiento de las otras especialidades. También debe ser programada con cinco horas de cirugía electiva, para resolver colas de espera.</p>
---	--

4. Otras acciones realizadas por el equipo interventor entre enero de 2013 y abril de 2014
Gestión Administrativa del Hospital de la Anexión.

SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN ACTUAL
<p>Debilidad en el proceso de planificación y programación</p>	<p>Gran parte del esfuerzo de planificación se ha enfocado al proyecto de reforzamiento estructural y construcción de la torre de Hospitalización en el HLA. Se ha hecho una revisión concienzuda del proyecto encontrando algunas deficiencias que podrían tener gran impacto como la reducción por tres años del 50% de la capacidad productiva del Hospital. Eso es imposible debido a que los centros de referencia están sobre-utilizados y que el Hospital Monseñor Sanabria tendrá reducida su capacidad de operación durante el mismo período que el de Nicoya; por lo tanto, se mantendrá inalterada la demanda de los distritos de Puntarenas que están utilizando los servicios del HLA. Para mantener el nivel de servicios actual, se están gestionando: el traslado del Servicio de Proveduría a una nueva edificación o una alquilada, para trasladar allí el Servicio de Cirugía (con siete camas más de lo que poseía desde su creación); consecución de un quirófano y una sala de partos de campaña, para no reducir la producción de esos servicios.</p> <p>Al respecto, ya fue aprobado el alquiler de un edificio por parte de la Comisión correspondiente y fue refrendado por la Gerencia Médica; de manera que lo único que hace falta es la asignación de los recursos para hacer efectiva la contratación y construir el módulo sanitario y una división para ubicar las camas de los pacientes en esa área.</p> <p>El servicio de medicina será próximamente trasladado al área administrativa, para lo que se requiere la finalización del módulo provisional y la realización de algunas obras menores. Ambos proyectos deberán estar desarrollados para la última semana del mes de mayo, de acuerdo con el cronograma general.</p>

<p>Debilidades en la conducción, supervisión y control.</p>	<p>Ya está en operación el sistema de medición de la eficiencia productiva de los médicos especialistas y ha permitido entre otras cosas determinar la eficiencia de la hora médico en las diferentes actividades que realizan, redistribución del tiempo dedicado a interconsultas para lograr mayor eficiencia, reducir el tiempo de consulta externa de las especialidades quirúrgicas para incrementar el tiempo destinado a sala de operaciones a fin de reducir la lista de espera de procedimientos quirúrgicos. Además se trasladó la administración de agendas a la persona encargada del control de listas de espera, con lo que se garantiza que se mantengan abiertas y que se utilicen todas las citas disponibles.</p>
---	--

Cumplimiento de la jornada laboral y seguridad de la planta física	Se han mantenido los tres mecanismos de control: informe de cumplimiento de la jornada laboral por parte de las jefaturas, anotación de ingresos y salidas por las puertas de los parqueos y control electrónico de ingreso y salida mediante los relojes marcadores.
Actitud complaciente en la adopción de medidas disciplinarias	Se han iniciado durante la intervención, treinta y seis procedimientos administrativos, de los cuales se han concluido a nivel de investigación preliminar veintiocho, catorce completaron el debido proceso; de estos, en siete se han aplicado medidas disciplinarias que van desde amonestaciones verbales hasta suspensiones por ocho días, y cuatro son por despido sin responsabilidad patronal, tres aplicadas a la misma persona. Cinco casos han sido enviados al CIPA y dos se han realizado con funcionarios externos al Hospital.

RECOMENDACIÓN

La Gerencia con base en el contenido del informe de Intervención del Hospital La Anexión, suscrito por los miembros del equipo interventor, recomienda a la Junta Directiva lo siguiente:

1. Dar por recibido el informe de la intervención del Hospital La Anexión presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5110-2014, del 28 de abril del 2014.
2. Proceder a dar por terminado el proceso de intervención del Hospital La Anexión y por ende dar por atendidos los acuerdos del artículo 62° de la sesión N°8617 y el artículo 28° de la sesión N°8685.
3. Instruir a la Gerencia Médica para que se revise y proceda conforme corresponda, si al concluir el proceso de intervención alguno o algunos de los funcionarios que forman parte del Equipo Interventor continuará en el citado Hospital”,

habiéndose realizado la presentación pertinente, por parte del doctor Jorge Fonseca Renaud, en representación del equipo interventor, y del master Marco Antonio Calvo Barquero, Director Administrativo Financiero del Hospital La Anexión, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el informe “*Intervención del Hospital La Anexión de Nicoya: Tercer Informe de resultados*”, que ha sido presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-5110-2014.
- 2) Proceder a dar por terminado el proceso de intervención del Hospital La Anexión y, por ende, dar por atendidos los acuerdos adoptados en el artículo 62° de la sesión N° 8617 y en el artículo 28° de la sesión N° 8685.
- 3) En virtud de que hay funcionarios respecto de quienes se dictaron medidas cautelares, instruir a la Gerencia Médica para que, en conjunto con la Dirección Jurídica, se proceda al análisis de la situación laboral tanto en lo que concierne a quienes se les han dictado medidas cautelares como en relación con aquellos que los han sustituido.

- 4) Expresar el agradecimiento a los miembros de la Comisión Interventora por el trabajo realizado y los logros alcanzados, durante el proceso de intervención del Hospital de La Anexión.

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

Los doctores Fonseca Renault y Méndez, y licenciado Calvo se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 56°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5030-2014, de fecha 7 de abril del año 2014, suscrito por la Gerente Médico que, en adelante se transcribe:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica ha realizado una revisión exhaustiva de los nueve acuerdos de Junta Directiva que se encuentran pendientes en el sistema anterior al GESC y ha determinado que los que a continuación se detallan, los cuales datan de los años 2007-2009-2010-2011, han sido debidamente atendidos por esta Gerencia.

ANTEDECENTES

1. La Junta Directiva en la sesión N°8707 del 03 de abril del 2014, conoció la solicitud de Gerencia N° GMD-SJD-4977-14 de fecha 25 de marzo del año 2014, en la cual se refiere a la conclusión de 9 acuerdos de Junta Directiva antiguos y en los que anexa las declaraciones correspondientes con la atención brindada, para lo cual se dispuso la presentación de dichos acuerdos por parte de la Gerencia Médica.
2. Los nueve acuerdos de Junta Directiva que se encontraban pendientes en el sistema anterior al GESC, fueron analizados y verificados por el Equipo de Seguimiento de Acuerdos de Junta Directiva.

ACUERDOS JUNTA DIRECTIVA

AÑO 2007			
Sesión	Artículo	Acuerdo adoptado	JUSTIFICACION DE ATENCION
8126	8	La Junta Directiva, de conformidad con el oficio de la Presidencia Ejecutiva, número PE.94-07 de fecha 10 de enero del presente año y la recomendación del ingeniero Escalante González, en ausencia de la señora Gerente de la División Médica ACUERDA instruir a las	ACUERDO CONCLUIDO Según la anotación de fecha 18 de febrero del 2014 del Equipo de Seguimiento de Acuerdos de Junta Directiva y por MSc. Emily Segura Solís. La Gerencia Médica lo dio por

		<p>Gerencias de las Divisiones Médica, Administrativa y Financiera para que ejecuten todas las acciones pertinentes y necesarias a efecto de que los puestos de los Directores de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud, Central Norte, Central Sur, Huetar Norte, Pacífico Central, Chorotega y Brunca, se incluyan dentro del régimen de puestos de confianza, de conformidad con lo que establece el Reglamento aprobado en el artículo 11° de la sesión número 8058.</p>	<p>concluido con el oficio N°563-8 de fecha 31 de enero del 2007, toda vez que el asunto por competencia le correspondía a la Gerencia Administrativa.</p> <p>La Gerencia Administrativa atendió el asunto mediante oficio GA-11.365-13 de fecha 16 de abril del 2013.</p> <p>Se dio por concluido con base en los siguientes acuerdos de Junta Directiva: artículo 37° de la sesión 8635 del 23 de mayo del 2013: “(...) una vez que se cuente con los resultados finales de los citados procesos de desconcentración y reestructuración se deberá presentar a esta Junta Directiva un nuevo escenario de análisis de la recomendación 55 “Renovar los mandos superiores en un período de 18 meses”</p> <p>El artículo 13 de la sesión 8640: “(...)se conoce nota DPI-218-13 de fecha 13 de mayo del 2013 suscrita por Dr. Roger Ballesteros dirigida a la CGR en la cual se detalla el cumplimiento de las recomendaciones del Equipo de Especialistas para reestablecer la situación financiera del Seguro de Salud de la CCSS.</p>
AÑO 2009			
8373	20	<p>Por tanto, conocida la información presentada por el señor Gerente de Pensiones, teniendo a la vista el oficio número GM-35.312/GP-37.275/GA-35.993/GF-38.426 del 20 de agosto en curso y con base en lo deliberado, la Junta Directiva ACUERDA solicitar a la Gerente Médico y a los Gerentes Administrativo, Financiero y de Pensiones que, en un plazo de tres meses, presenten a la Junta Directiva</p>	<p>ACUERDO CONCLUIDO</p> <p>Según anotación por parte del Equipo de Seguimiento de acuerdos de Junta Directiva de fecha 25 de marzo del 2014.</p> <p>Se atendió mediante oficio GP-8814/GF-10.193/GM-11.084/GA-5.747 de fecha 11 de febrero del 2010, el informe fue presentado</p>

		una propuesta integral respecto de cuáles son las tareas, los alcances, los programas y las eventuales formas de operar en materia de prestaciones sociales en la Caja Costarricense de Seguro Social.	en la sesión N°8421 en el artículo 19 de fecha 11 de febrero del 2010.
8383	4	Por tanto , conocida la información presentada que concuerda con los términos del oficio N° 23366-8 del 7 de setiembre del año 2009, suscrito por la señora Gerente Médico, por medio del cual se presenta el informe en relación con la evaluación del Plan Piloto para el Fortalecimiento de las Cirugías de Retina y/o Vítreo, en la Clínica Oftalmológica, así como la información complementaria que se ha presentado en esta sesión, y teniendo a la vista la recomendación de la Unidad Técnica de Listas de Espera, la Junta Directiva ACUERDA continuar el fortalecimiento de la capacidad resolutive de las cirugías de retina o vítreo, por medio de la continuidad del <i>Plan Piloto para el fortalecimiento de la capacidad resolutive de la Clínica Oftalmológica</i> , por un período de cuatro meses ó 120 (ciento veinte) días naturales. Deberá realizarse una evaluación previa en el mes de diciembre del año 2009 y otra evaluación final en febrero del año 2010, la cual deberá ser presentada a la Junta Directiva. Por otra parte, se toma nota de que la producción esperada y el presupuesto constan en el anexo, Cuadro N° 8.”	ACUERDO CONCLUIDO Se concluye mediante oficio 27163-8 de fecha 19 de octubre del 2010, mediante el cual la Gerencia Médica presenta informe sobre la Clínica Oftalmológica, presentación realizada en la sesión 8480 del 25 de noviembre del 2010 por parte del Dr. Manuel Navarro sobre el Plan para el fortalecimiento de la capacidad resolutive en cirugías de retina y vítreo.
AÑO 2010			
8441	1	Por tanto y con base en las mismas consideraciones que se tuvieron presentes en la resolución adoptada en el artículo 5° de la sesión N° 8433, celebrada el 25 de marzo de 2010 y para evitar cualquier eventual interrupción de los servicios que son importantes para la atención de los pacientes, la Junta Directiva ACUERDA prorrogar hasta el 31 de mayo del año 2010 el <i>Plan piloto para la atención de pacientes</i>	ACUERDO CONCLUIDO Mediante el oficio N° GM-2327-8-2013 de fecha 11 de junio del 2013 y fue presentado ante la Junta Directiva según consta en el artículo 26° de la sesión N°8638 del 09 de mayo del 2013.

		<i>neuroquirúrgicos en jornada no ordinaria, según los términos en que se acordó en el artículo 4° de la sesión número 8419, celebrada el 2 de febrero del año 2010.</i>	
8442	2	<p>Conocida la comunicación de fecha 20 de abril del año 2010, suscrita por el Sr. Oscar M. Carmona Calderón, señala que en calidad de paciente de la Caja somete a consideración la lectura y análisis del documento que adjunta sobre una descripción general de la experiencia que vivió en los últimos meses y señala una cronología de los hechos y gestiones realizadas (<i>se le implantó en el Hospital Calderón Guardia un cardiodesfibrilador (DAI) MEDTRONIC de la familia Marquis DR7274 con un cable ventricular Sprint Fidelis modelo 6948, de los cuales menciona que algunos dan problema de fractura ocasionando al paciente descargas inapropiadas que pondrían en riesgo su vida e incluso provocar la muerte</i>). Indica que estuvo internado por 73 días en el Hospital México esperando una respuesta de la empresa "<i>MEDTRONIC INC.</i>", y su representante en Costa Rica "<i>MEDITEK SERVICES S.A.</i>", proveedores de la Caja; además, menciona la situación que afrontan varios pacientes asegurados de la Institución quienes por falta de información, según considera, mantienen el riesgo inminente de perder sus vidas. Espera el aporte que se brinde para que estos pacientes puedan recibir la atención necesaria, y la Junta Directiva ACUERDA trasladarla e instruir a la Gerencia Médica para que diligentemente adopte las acciones que corresponda, para la protección de los intereses de los pacientes y los institucionales."</p>	<p>ACUERDO CONCLUIDO</p> <p>El presente acuerdo fue debidamente atendido, la Gerencia mediante oficio 3142-7 de fecha 03 de junio del 11 traslado el asunto a la Dirección General del Hospital Médico, y posteriormente se rindió informe mediante oficio DGHM-1516-2013 de fecha 31 de julio del 2013 suscrito por el Dr. Douglas Montero, Director del Hospital México, el cual se informó. Que la empresa MEDTRONIC pago los costos para el paciente operado en Puerto Rico.</p>

8476	33	<p>Se conoce la comunicación de fecha 19 de octubre del año 2010, suscrita por el Sr. Harry Bodaan, Presidente de la Cámara de Comercio, Industria y Turismo de Aguirre, Quepos, mediante la cual externa su preocupación sobre la situación que tiene el Hospital Max Terán Valls de Quepos en cuanto a la necesidad de especialistas para que brinden servicio las 24 horas durante todo el año, así como la deficiencia de personal en el Servicio de Emergencias. Se refiere a la urgente necesidad de contar con una plaza nueva para cada una de las siguientes especialidades: Psicología, Ginecoobstetricia, Pediatría (permanente, temporal y para sustitución), Trabajo Social, Emergenciólogo, Anestesiólogo, Radiólogo y Cirujano, dicho hospital cuenta con la infraestructura para brindar estos servicios. Manifiesta que, como representante del sector privado y conocedor del aporte patronal que brindan las empresas de la zona a la Caja, el cual considera que es bastante considerable, se le debe retribuir una mejor oferta de servicios especializados. Considera importante realizar un análisis de la situación en dicho Hospital y que se logre en el corto plazo la apertura de estas nuevas plazas, además en el Decreto Ejecutivo N° 35876-S, sobre el <i>"LINEAMIENTO PARA EL SECTOR SOCIAL Y LUCHA CONTRA LA POBREZA: IMPLEMENTACIÓN DE LOS SUBSISTEMAS LOCALES DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN LAS ONCE COMUNIDADES PRIORITARIAS"</i>, dentro de las once comunidades prioritarias están los Cantones de Aguirre y Parrita. Solicita que se tome un acuerdo para que se contemple dentro del plan operativo la apertura de las nuevas plazas citadas para cubrir la demanda de servicios médicos especializados y</p>	<p>ACUERDO CONCLUIDO</p> <p>Mediante oficio DRSS-E3-2617 de fecha 07 de agosto del 2013 se da respuesta al Sr. Harry Bodaan, Presidente de la Cámara de Comercio, Industria y Turismo de Aguirre, suscrito por el Dr. Rodolfo Martínez Jiménez, Director Red de Servicios de Salud.</p>
------	----	--	---

		así dar cumplimiento con el citado decreto ejecutivo, y la Junta Directiva ACUERDA trasladarla a la Gerencia Médica, para su análisis y respuesta al Presidente de la Cámara de Comercio, Industria y Turismo de Aguirre, con copia para la Junta Directiva.”	
AÑO 2011			
8508	17	Se conoce el oficio número DG-0920 de fecha 10 de mayo del año 2011, suscrito por el Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Director General del Hospital San Rafael de Alajuela, en el que señala que mediante oficio N° DG-0417 de fecha 1° de marzo del año 2011 expuso la situación que se está presentando en el Servicio de Anatomía Patológica de ese Hospital, como resultado del déficit de recurso humano profesional y técnico; en dicho oficio propuso algunas opciones de solución y fue conocido en el artículo 55° de la sesión N° 8497 y se trasladó a la Gerencia Médica para su atención. Indica que por medio del oficio N° DRSSCN-ED-1338-2011 suscrito por el Dr. Rodolfo Martínez Jiménez, Director a.c., de la Red de Servicios de Salud, (adjunta copia) se le comunica “ <i>que ninguna de las opciones propuestas son viables en este momento, razón por la cual les solicito coordinar con los doctores Eduardo Cambroner y Fernando Mena, Director General y Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Max Peralta, para analizar la posibilidad de resolver parcial o totalmente la lista de espera de Biopsias del Hospital San Rafael de Alajuela</i> ”. El problema para implementar esta opción de solución es que debido al recorte presupuestario que sufren los centros de salud sólo cuentan con el contenido económico en las partidas de extras corrientes de médico y tiempo extraordinario hasta junio y julio, respectivamente. La Junta Directiva en el artículo 11° de la	ACUERDO ATENDIDO Fue atendido mediante los oficios N° 27163-8 de fecha 19 de octubre 2010, suscrito por el Lic. Manuel Ugarte Brenes, Gerente Financiero a/c Gerencia Médica de ese momento y oficio N° DRSS-E2-1338-11 de fecha 25 de abril del 2011, suscrito por el Dr. Rodolfo Martínez Jiménez, Director de la Dirección Red de Servicios de Salud.

		<p>sesión N° 8484, celebrada el 9 de diciembre de 2010, aprobó la “Estrategia de abordaje a la problemática de listas de espera por un diagnóstico anatomopatológico” en los Hospitales México y San Rafael de Alajuela, y señala que la lectura de 1700 biopsias que finaliza el 19 de mayo del presente año y actualmente tienen 3.800 biopsias pendientes de procesar, que no estaban incluidas dentro del Proyecto de la UTLE (Unidad Técnica de Listas de Espera). Dado lo anterior, recurre para que se autorice a la UTLE para que en forma sostenible continúe financiando ese proyecto hasta tanto el hospital no cuente con los recursos médicos y tecnólogos para atender la demanda. Manifiesta que ese despacho está de acuerdo con que la UTLE evalúe el proyecto que finaliza el 19 de mayo en curso, así como sus resultados, y la Junta Directiva ACUERDA trasladarlo a la Gerencia Médica, para su análisis, atención y respuesta al doctor Gutiérrez Pérez, y que informe a la Junta Directiva en cuanto al resultado de esta gestión.”</p>	
--	--	---	--

RECOMENDACIÓN

La Gerencia con base en el informe presentado sobre la atención de los 09 acuerdos de Junta Directiva que datan de los años 2007, 2009, 2010 y 2011, las cuales fueron debidamente atendidos por la Gerencia, recomienda a la Junta Directiva lo siguiente:

3. Dar por atendidos los siguientes acuerdos: artículo 8 de la sesión N°8126, artículo 20 de la sesión N°8373, artículo 4 de la sesión N°8383, artículo 1 de la sesión N° 8441, artículo 2 de la sesión N° 8442, artículo 33 de la sesión N°8476 y artículo 17 de la sesión N°8508”,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica, en relación con los acuerdos de Junta Directiva que se encuentran pendientes en el sistema anterior al GESC, que datan de los años 2007, 2009, 2010 y 2011, y de conformidad con lo expuesto y presentado por la Gerencia Médica, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** dar por atendidos los siguientes acuerdos: artículo 8° de la sesión N°8126, artículo 20° de la sesión N°8373, artículo 4° de la sesión N°8383, artículo 1° de la sesión N° 8441, artículo 2° de la sesión N° 8442, artículo 33° de la sesión N°8476 y artículo 17° de la sesión N°8508.

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

Ingresa a salón de sesiones el Director Marín Carvajal.

La señora Presidenta Ejecutiva se retira temporalmente del salón de sesiones para atender a la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva de la Caja designada. Asume la Presidencia el Director Fallas Camacho.

ARTICULO 57°

La doctora Villalta Bonilla presenta el Informe de gestión de la Gerencia Médica, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

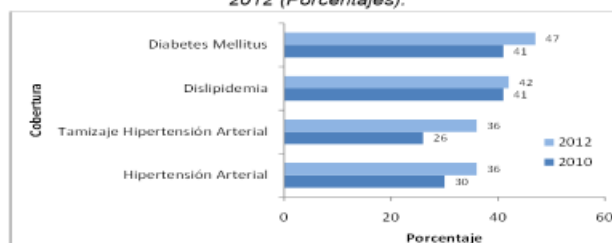
i)



ii)



Ilustración 1. Coberturas de Tamizaje de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemias, primer nivel de atención, 2010 - 2012 (Porcentajes).



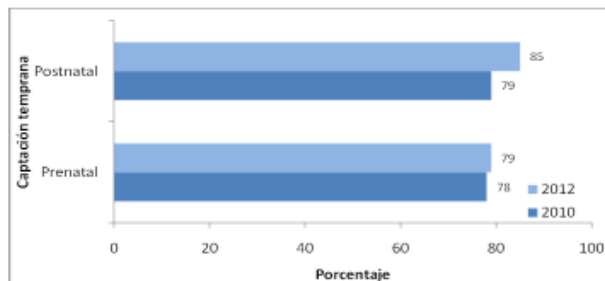
Fuente: Dirección Compra de Servicios de Salud. Informe de Evaluación 2010 y 2012.

iii)

FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Mejóro la captación temprana de la atención prenatal y postnatal, acercándose a la meta Institucional al 2018 (85%).

Captación Temprana en la Atención Prenatal y Postnatal, Primer nivel de atención, 2010 – 2012 (porcentajes)



Fuente: Dirección Compra de Servicios de Salud. Informe de Evaluación 2010 y 2012.

Se suspende temporalmente la presentación de la doctora Villalta Bonilla y se recibe a la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva de la Caja designada.

Cada uno de los señores Directores le da la bienvenida a la doctora Sáenz Madrigal, y le desean muchos éxitos en la gestión que pronto iniciará. Asimismo, le ofrecen la mayor colaboración durante las pocas sesiones que compartirán con ella, hasta el 30 de mayo.

La doctora Sáenz Madrigal expresa que la idea era conversar, aprovechar este espacio para conocerse. Sin duda, la Caja es la institución más importante de este país y pondrá todo su empeño en continuar contribuyendo a su sostenibilidad. Agradece este espacio y agrega que tendrá la oportunidad de compartir por lo menos algunas sesiones con los señores Directores, probablemente va a venir antes de asumir oficialmente el cargo de Presidenta Ejecutiva.

El Director Salas Carrillo le da la bienvenida y agrega que este trabajo obviamente no es fácil, nunca se queda bien con nadie; la Institución no está tan mal como dicen afuera ni está tan perfecta como se cree a lo interno. Supone que parte de la función de esta Junta Directiva, antes de irse el 30 de mayo, es informarle cómo deja la Institución. Una de sus conclusiones sobre este trabajo, es que hay que ser transparente con uno mismo en lo que realiza, aunque siempre se lo van a criticar. Don Oscar le decía algo muy importante y es que, al final de cuentas, el compromiso es con el asegurado; si el asegurado siente que se están mejorando los servicios, cree que es la mayor satisfacción que alguien se puede llevar. Al ponerse a sus órdenes, le desea muchos éxitos en su gestión.

La Directora Solera Picado manifiesta que, igual que sus compañeros le da la bienvenida. Le informa que han hecho un esfuerzo increíble en estos cuatro años, pero han trabajado con tantas ganas que cree que valió la pena, porque el esfuerzo es para poder ayudar a llevar calidad de vida a la población en general. Agrega que están en la mejor disposición de apoyarla, ha sido un grupo que cada vez que ha tomado una decisión muy difícil, siempre la han puesto en manos de Dios y

siempre gracias a Dios han salido adelante. Igual, con toda sinceridad y humildad le piden al Espíritu Santo que la ayude.

El Director Meléndez González le da la bienvenida y le agradece su visita. Le informa que él representa al movimiento sindical en esta Junta Directiva. Realmente le desea lo mejor porque estar en esta Institución es estar dentro del campo político, de la Asamblea Legislativa, de la opinión pública, de la radio y la televisión y ante los avances tecnológicos y los problemas presupuestarios; pero al fin y al cabo, la inteligencia humana es capaz de salir adelante con estos problemas y la Caja se ha mantenido cabalmente en esta cumbre. Al inicio de su labor, que ha sido corta, se encontró con un déficit de presupuesto y al final se logra enderezar; al encontrar bien dirigida esta institución, se siente gran satisfacción y de su parte, se siente muy complacido. Agrega que en lo puedan colaborar por parte de la Confederación de Trabajadores Rerum Novarum, están en la mejor disposición porque esta Institución vale la pena, porque es la que sostiene la estabilidad de este país y debe mantenerse en el lugar que le corresponde en el sector social del país.

Al darle la bienvenida, el Director Loría Chaves señala que, como decían sus compañeros, cree que ninguna institución le ha dado tanto al sistema democrático y social del país como la Caja; en ese sentido, se siente que la Caja también es un factor de distribución de la riqueza, cuando los patronos, trabajadores y el Estado contribuyen a su sostenimiento, para dar calidad de vida a la población. Quiere decir que dichosamente lo importante es estar bien con uno mismo, al haber tomado decisiones que creía las mejores; tal vez haya habido equivocaciones, pero se trabajó con buena fe, con ganas de que la Institución vaya hacia delante. El recuento de la labor es largo, desde la relación con los Gerentes hasta pasar por los hospitales; el tema de incapacidades, el tema de guardias médicas, tantos temas que tuvieron que abordarse, atender las recomendaciones de los Notables, el tema de pensiones, la OPS, pero lo importante es que la institución hoy tiene un mejor signo que el que tenía en el 2010. La verdad es que él y sus compañeros se sienten satisfechos de la labor que desarrollaron. Al ofrecerle todo su apoyo, le desea mucho éxito en sus nuevas funciones.

El Director Nieto Guerrero manifiesta que al igual que los compañeros, le deseo el mejor éxito y a la nueva Junta Directiva también. Siente que aquí todos se han dado por entero a la Institución, con mucho esfuerzo y se sienten satisfechos con el trabajo que han desarrollado con el apoyo de la señora Presidenta Ejecutiva que ha sido enorme. Le desea lo mejor, que tenga mucho éxito; aquí hay mucho que hacer para que la Institución siga siendo la más grande y querida del país.

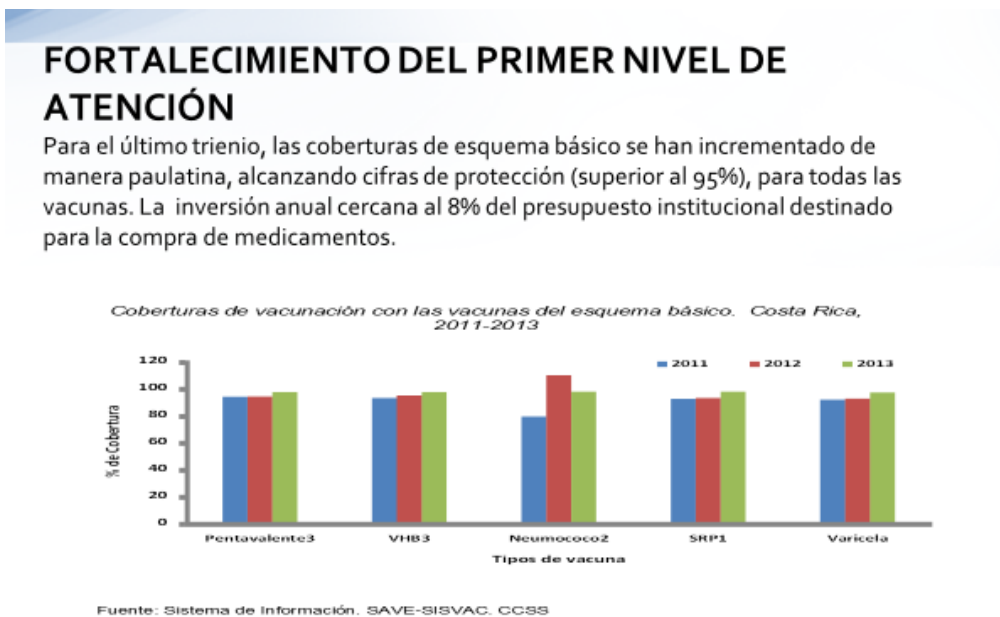
El Director Marín Carvajal expresa que está muy complacido con el nombramiento de la doctora Sáenz, conociendo su capacidad y su profesionalismo. Se puede decir que la Caja es la Institución más querida del país y la más cuestionada por su complejidad y su credibilidad. Su labor en cuatro años ha sido una gran experiencia y considera que los compañeros han sido valientes, objetivos; se han tomado decisiones que no son nada populares a lo interno y a lo externo, sin embargo han sido con un objetivo central que es buscar el mejoramiento institucional en todos sus ámbitos.

Se retiran del salón de sesiones la doctora Balmaceda Arias y la doctora Sáenz Madrigal.

Asume la Presidencia el Director Fallas Camacho.


Continúa la doctora Villalta Bonilla con la presentación del informe de gestión, con el apoyo de las láminas que se especifican:


iv)




v)

FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- 

Programa para la atención diferenciada en la C.C.S.S. de la población indígena e indígena altamente móvil y su plan de acción.
- 

Plan institucional, el cual aborda las personas consumidoras de sustancias psicoactivas mediante la capacitación de equipos interdisciplinarios en Áreas de Salud seleccionadas en el territorio nacional.
- 

La intervención "Promoción de Estilos de Vida Saludables", programada en 65 Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención, dirigida a las personas de 18 a menos de 65 años.

vi)

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Las consultas médicas se han incrementado en un 4.7%, durante el periodo señalado, entre el año 2011 y 2012 se presentó el período de mayor incremento con un total de 340,292 consultas.

Total de Consulta Médicas, C.C.S.S., 2010-2013

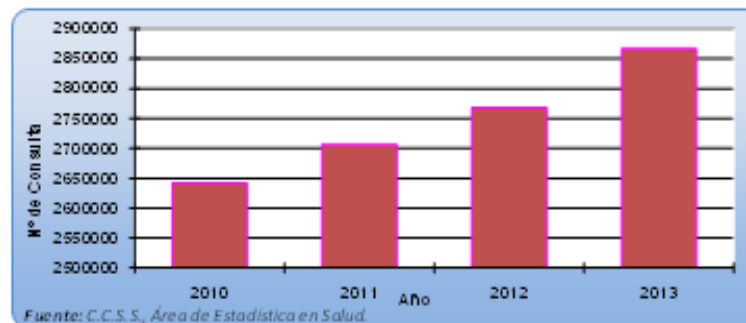


vii)

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La consulta médica especializada, también presenta una tendencia a la alza, lo que representa que del 2010 al 2014, se amplió la oferta en 224,499 consultas.

Caja Costarricense de Seguro Social: Número de consultas en Medicina Especializada, 2010-2013

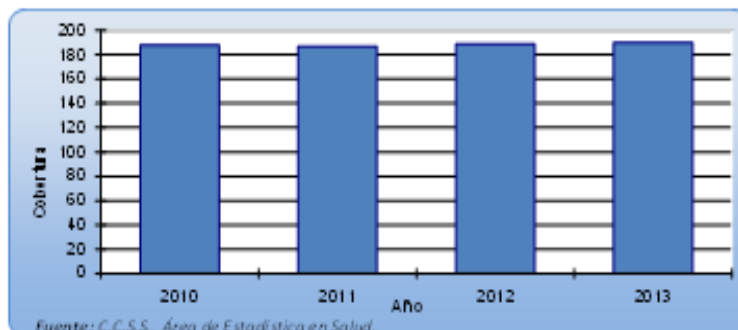


viii)

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El incremento de la consulta médica especializada, puede estar relacionado con la formación de médicos especialistas, misma que se ha mantenido por encima de 180 profesionales al año, para su incorporación a los servicios de salud de la institución.

Caja Costarricense de Seguro Social: Número de Médicos Especialistas formados. 2010-2014

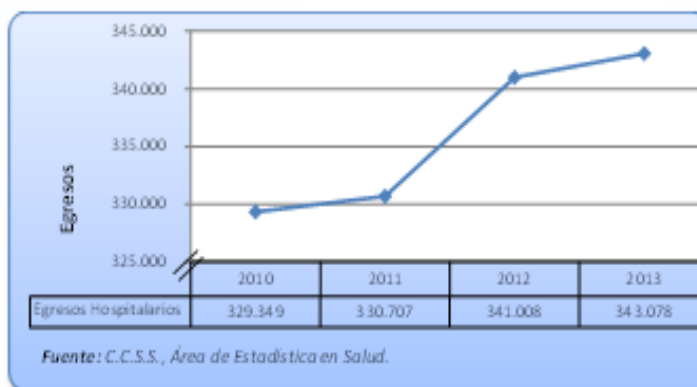


ix)

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Aumento del 4%, en los egresos hospitalarios.

Egresos Hospitalarios C.C.S.S., año 2010-2013

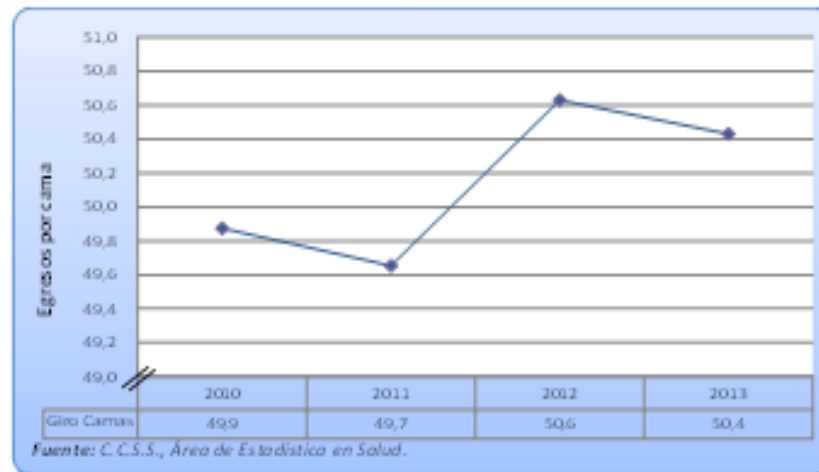


x)

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La tendencia del giro de cama ha ido en aumento.

Giro de cama C.C.S.S., año 2010-2013

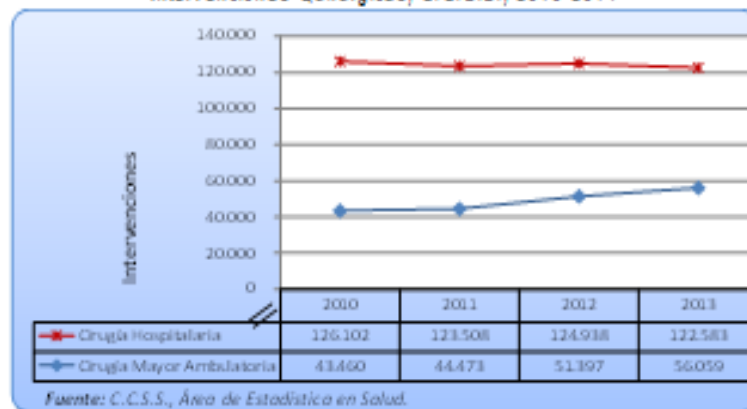


xi)

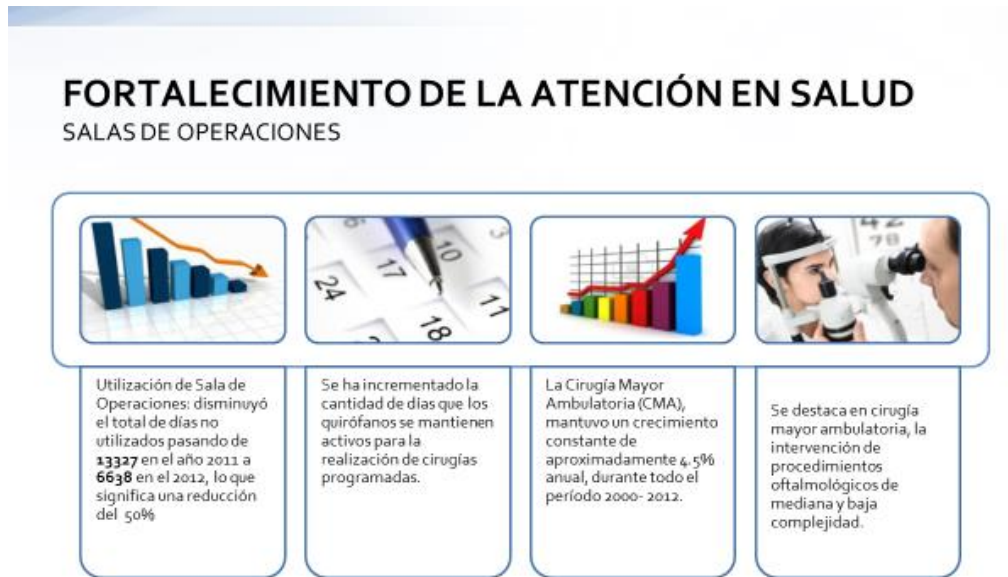
FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Intervenciones quirúrgicas: las cirugías mayores quirúrgicas hospitalarias han disminuido en un 2% del 2010 a 2013, las intervenciones ambulatorias se ha incrementado en un 28 %.

Intervenciones Quirúrgicas, C.C.S.S., 2010-2014



xii)



xiii)

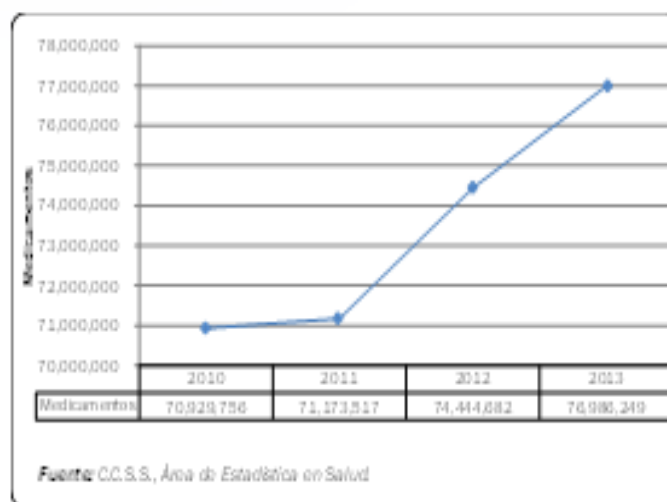


xiv)

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Aumento en el despacho de medicamentos.

Total de Medicamentos Despachados, C.C.S.S., 2010-2013



xv)

INTERVENCIONES REALIZADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

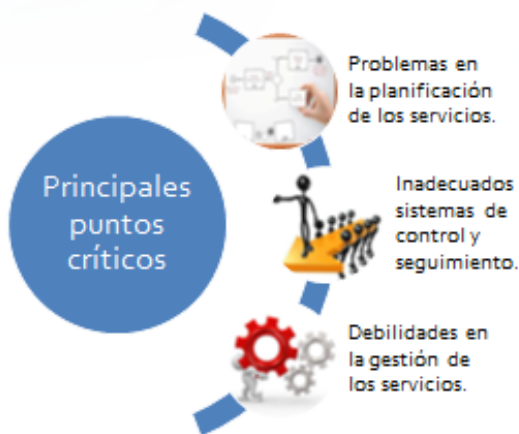
CENTROS EVALUADOS

Proceso de evaluación:	Análisis de la gestión de algunos de los centros hospitalarios (trazador de criticidad de la lista de espera):
Hospitales:	Hospital Max Peralta de Cartago.
	Centro Nacional de Citologías
	Radioterapia del Hospital México.
	Odontología del Hospital Calderón Guardia.
	Hospital San Francisco de Asís.
	Hospital Tony Facio.
	Hospital La Anexión.

xvi)

INTERVENCIONES REALIZADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ELEMENTOS COMUNES IDENTIFICADOS



xvii)

INTERVENCIONES REALIZADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

RESULTADOS OBTENIDOS

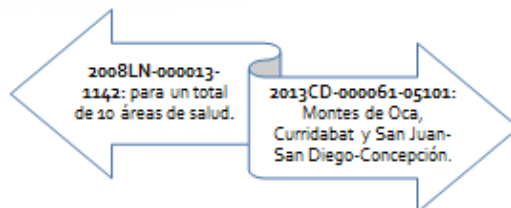
- Mejora en el registro y control de la lista de espera.
- Mejora en la gestión de los servicios consulta externa y emergencias.
- Reducción en el plazo de algunas especialidades críticas en el área quirúrgica.
- Mejoras en los sistemas de control interno.
- Reordenamiento de la gestión de los servicios.
- Mejora en la gestión de mantenimiento.
- Recuperación de procesos de control interno.
- Recuperación de la infraestructura.
- Mejoramiento en la gestión de activos.
- Implementación de los procesos de rendición de cuentas.

xviii)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR MEDIO DE TERCEROS

RESULTADOS

Se cuenta con dos contrataciones vigentes:



El costo de la inversión en estas trece áreas de salud, es de ₡145 mil millones

El cumplimiento de los indicadores de evaluación, es superior al 90%.

xix)

FORTALECIMIENTO DE LA RED ONCOLÓGICA

El presupuesto ordinario disponible por año, contempla 81 mil millones, más los fondos especiales de la Ley 8718 y la Ley 9028.

Caja Costarricense de Seguro Social, Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer - Inversión en Infraestructura, Equipamiento, Formación y Capacitación, 2009 a 2014 (Marzo)

Detalle	Monto en millones de colones
Formación y Capacitación (190 personas)	¢873,2
Infraestructura	¢2.959,7
Equipamiento	¢9.941,6
Mantenimiento de equipos y cursos	¢662,4
Monto total	¢14.636,9

Fuente: Proyecto de fortalecimiento de la atención del cáncer

xx)

FORTALECIMIENTO DE LA RED ONCOLÓGICA

ANÁLISIS Y REPLANTEAMIENTO DE LAS INTERVENCIONES



xxi)

LISTAS DE ESPERA

PROBLEMA

Dentro del conjunto de pacientes que espera para una cirugía electiva, los tiempos de espera pueden ser similares, en casos en que los pacientes suelen experimentar niveles diferentes de "necesidad".

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

xxii)

LISTAS DE ESPERA ORIGEN



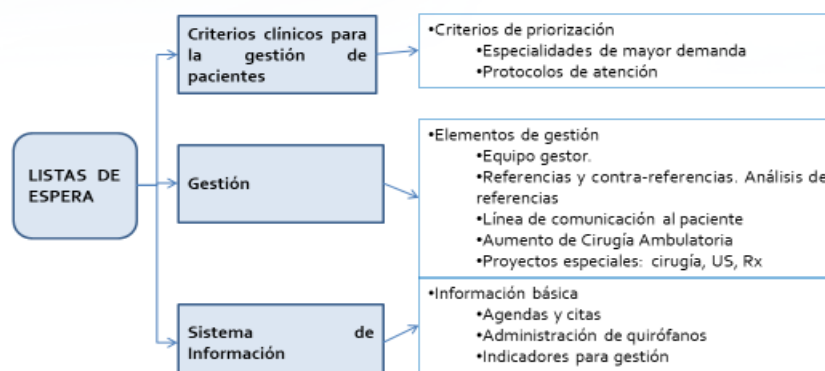
xxiii)

LISTAS DE ESPERA PATOLOGIAS PRIORIZADAS

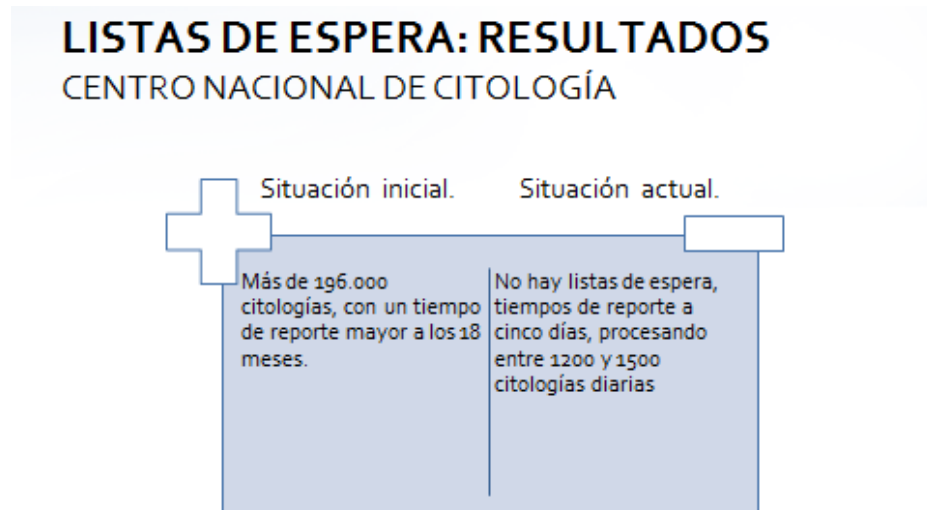


xxiv)

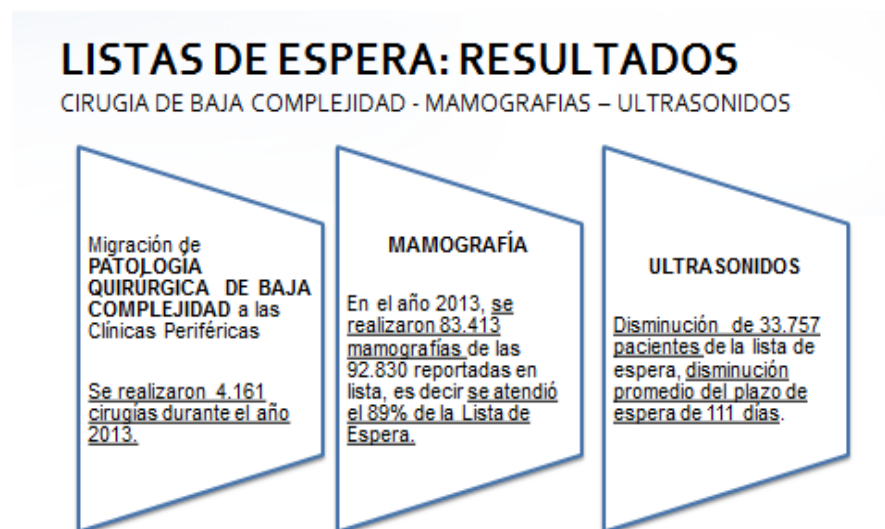
LISTAS DE ESPERA ESTRATEGIA DE ABORDAJE



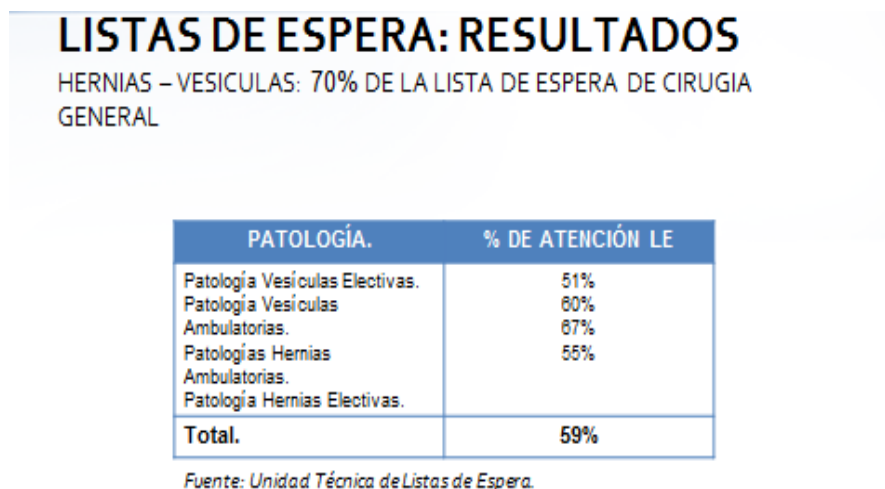
xxv)



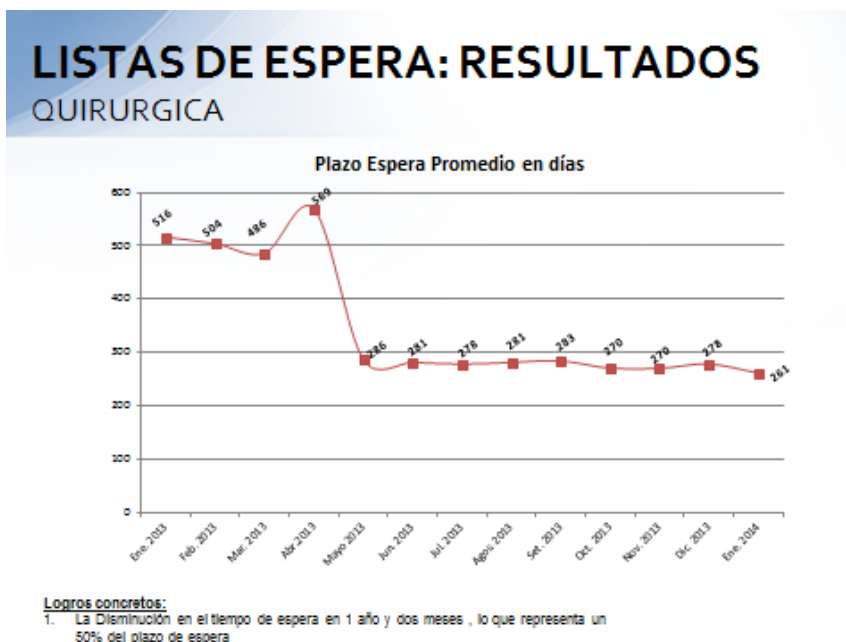
xxvi)



xxvii)



xxviii)



xxix)

LISTAS DE ESPERA: RESULTADOS QUIRURGICA – PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

Total de Citas atendidas y su movilización de la lista de espera. Comparación Corte Diciembre 2011-Enero 2014

Área de Atención	Citas pendientes Corte Diciembre 2011	Citas Atendidas a enero 2014	Saldo de citas pendientes de dic 2011-Corte enero-14	% de movilización
Cirugías	101.542	80.159	21.383	79%
Procedimientos Ambulatorios	259.259	240.632	18.627	93%

Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera

- Logros concretos:**
- Atención del 79 % de la LE quirúrgica.
 - Atención del 93 % de en Procedimientos Ambulatorios.

xxx)

INSTANCIAS DE CONTROL CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Estado actual de las Recomendaciones emitidas en los Informes por la Contraloría General de la República, Años 2010-2013

RECOMENDACIONES	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Total	% Resolución
Asignadas	6	18	12	9	0	45	100%
Atendidas		4	4	2		10	
Concluidas	6	14	8	7		35	
Pendientes	0	0	0	0	0	0	

Fuente: Seguimiento de Informes de Contraloría General de la República del Despacho de Gerencia.

xxxii)

INSTANCIAS DE CONTROL ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA

*Estado actual de la acreditación del cumplimiento de las instrucciones
(acuerdos) emitidos de Junta Directiva a la Gerencia Médica, Años 2010-2014*

ACUERDOS	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Total	% Resolución
Asignadas	113	43	121	215	48	540	69%
Concluidas	107	33	84	138	9	371	
En proceso	6	10	37	77	39	169	

Fuente: Oficina de Seguimiento de Acuerdos de Junta Directiva – Gerencia Médica, 2014.

xxxiii)

INSTANCIAS DE CONTROL AUDITORÍA INTERNA.

*Estado actual de las Recomendaciones emitidas en los Informes por la
Auditoría Interna, Años 2010-2014*

RECOMENDACIONES	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Total	% Resolución
Asignadas	284	246	286	166	20	1002	33.6%
Concluidas	156	101	68	12	0	337	
Pendientes	128	145	218	154	0	645	

Fuente: Seguimiento de Informes de Auditoría del Despacho de Gerencia.

Agrega la doctora Villalta que se hizo una normativa para gestión de camas y se dieron directrices. Algo muy importante que cree es un logro al que se debe poner atención, es que creció en 28% y la que va para arriba es la cirugía ambulatoria, que aumenta en 28% y disminuye en 2% la hospitalaria. Hay que tomar en cuenta que mientras estuvo cerrado el Hospital San Juan de Dios, se realizaron más de 178.000 cirugías en 2013. Es importante destacar que hubo migración de los pacientes, de los hospitales complejos hacia los CAIS de Desamparados, Puriscal y Coronado, con lo que se dejaron alrededor de 4.000 horas libres en los hospitales nacionales, para que se atendieran casos de mayor complejidad. Además, se fortaleció el segundo nivel de atención, dándole mayor complejidad para que los centros de Coronado, Desamparados y Puriscal pudieran realizar operaciones de hernias y vesículas de baja complejidad. Otro punto a favor de las intervenciones ambulatorias es su bajo costo, porque el paciente no se interna y además se recupera mejor en la casa.

Al Director Salas Carrillo le parece muy importante este comentario, porque una disminución de un 2% en las cirugías hospitalarias es mucho mayor disminución en el costo que un aumento del 28% en las ambulatorias, en vista de que todos los recursos inherentes a un hospital nacional son muy costosos, no tanto en una intervención ambulatoria donde el paciente entra en la mañana y sale en la tarde y la recuperación la hace en su casa.

Anota la doctora Villalta Bonilla que es parte de las estrategias que se tienen que ir fortaleciendo. Por otra parte, también se incrementaron las consultas odontológicas, pasaron de 2.000.000 millones a 2.432.000. Durante la evaluación que se realizó en los hospitales, en general se encontraron problemas de planificación de los servicios, inadecuados sistemas de control y seguimiento y debilidades en los servicios; este aspecto es como englobar los problemas que presentaron los centros que fueron intervenidos, y los resultados que se han tenido son mejoras en el servicio y control de listas de espera, mejora en la gestión de los servicios de consulta de emergencia; se redujeron los plazos de las especialidades críticas, se mejoró la utilización de las salas de operaciones, se mejoraron los sistemas de control interno, se hizo un reordenamiento de los servicios, se mejoró la gestión de mantenimiento, se recuperaron los procesos de control interno, se recuperó infraestructura, se dio un mejoramiento en la gestión de los archivos. Todo esto, en general, son las áreas en que se ha estado trabajando. En la prestación de servicios de salud por terceros, hay 10 áreas de salud, 183 EBAIS administrados por terceros, amparados a licitaciones públicas con una inversión de ₡145.000.000.000 (ciento cuarenta y cinco mil millones de colones); todos vencen dentro de dos años más o menos. Para las listas de espera se estableció un sistema de recordatorio de citas, con una aplicación que se hizo para evitar que los pacientes pierdan las citas. En citologías, el panorama era que se tenían 196 mil citologías pendientes en 2011; ahí se fortaleció con personal y algunos equipos, hoy están al día, a cinco días de reporte. Se abrieron segundos turnos en los Hospitales Max Peralta, Heredia, Alajuela y Escalante Pradilla y se operaron en promedio 350 pacientes. En mamografías había 50.000 pacientes en lista de espera a 213 días de plazo, hoy hay 15.000 pacientes a un plazo de 160 días.

Señala la Directora Solera Picado que los cambios son muy sustantivos, lo que demuestra que se tiene la capacidad de atender la demanda actual, sin embargo el acumulado no permite avanzar. Le hubiera gustado que se incorporaran dos temas que son muy importantes y que han ameritado muchos esfuerzos, que corresponden a las “R” (Recomendaciones de los Notables) y a las medidas de optimización del gasto y aprovechamiento de los recursos con las consultas vespertinas, ya sea en horarios escalonados o por la conversión de plazas versus tiempo extraordinario. Recuerda que se había hecho una exposición sobre las consultas vespertinas y se acordó en ese momento que la Gerencia Administrativa junto con la Gerencia Financiera le diera un acompañamiento a la Gerencia Médica; ya se ha hecho algo, pero no viene en el informe y sería importante que se incorpore.

Informa la doctora Villalta Bonilla que ya concluyeron el estudio y se está revisando. En cuanto a las “R”, se dio un informe que pidió Planificación pero no estaban incluidas las Recomendaciones.

Continúa doña Aixa y señala que otro asunto es la apertura de los segundos turnos; si bien en algunos hospitales se viene implementando esa nueva instrucción, también es importante tomar en cuenta los informes que han venido de los servicios de emergencia, donde casi nada es de urgencia, son muy pocos los casos, lo que evidencia que la gente está utilizando los servicios de emergencia para no ir al EBAIS. Si la Institución utiliza los horarios escalonados, muchos usuarios que no tienen la oportunidad de asistir en horas laborales a los centros, podrían ir a la clínica o EBAIS después de sus jornadas. Con los segundos turnos se estarían bajando los tiempos extraordinarios, aunque siempre se van a generar por los días feriados y sábados y domingos. Deja su inquietud porque es importante que esta situación se incorpore dentro del

informe. Por otra parte, hay dos “R” que están dentro de las medidas de optimización del gasto, que incluso la Gerencia Financiera tiene que traer una propuesta.

Finalmente, se da por recibido el citado informe.

Se retira del salón de sesiones el Director Nieto Guerrero.

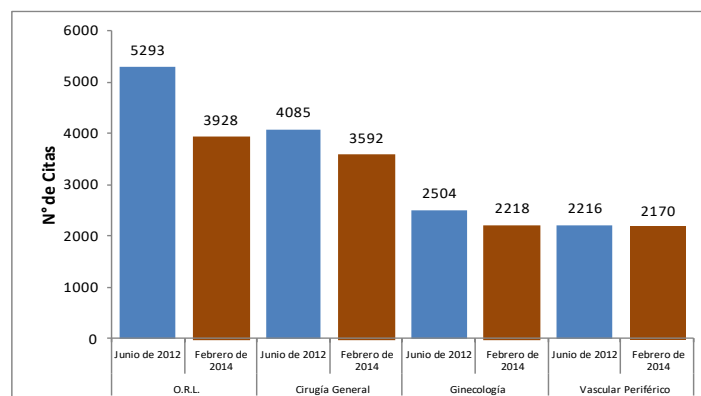
Ingresa al salón de sesiones la doctora Krissia Díaz Valverde, Directora, y el licenciado Mauricio Rosas Vega, Director Administrativo Financiero del Hospital Max Peralta.

ARTICULO 58°

Se ha distribuido el oficio N° GM-SJD-5109-2014, de fecha 28 de abril del año 2014, firmado por la Gerente Médico, por medio del que se presenta el informe de intervención Hospital Max Peralta.

La doctora Díaz Valverde se refiere al citado informe, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

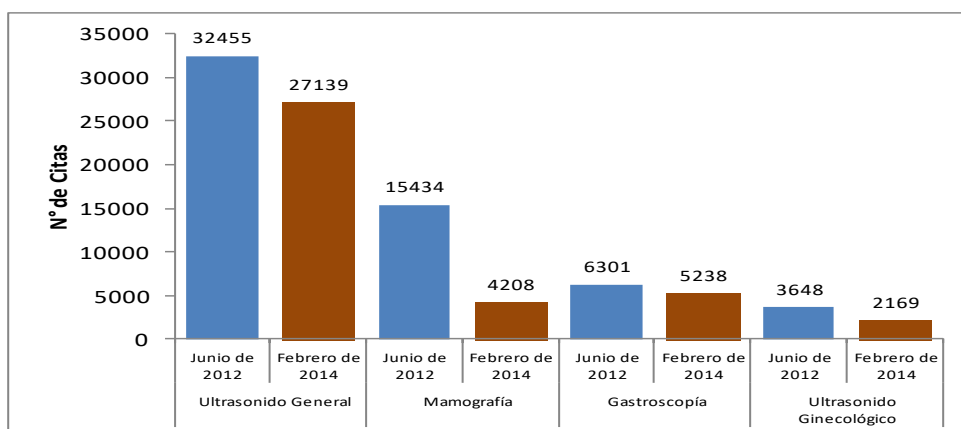
- i) Informe Intervención
Hospital MAXIMILIANO PERALTA JIMÉNEZ
ABRIL 2014
- ii) Justificación de la intervención.
 - Listas de espera de Consulta externa.
 - Lista de Espera de Procedimientos Diagnóstico.
 - Lista de Espera de Procedimientos Quirúrgicos.
 - Estancia Hospitalaria.
 - Utilización de Sala de Operaciones.
 - Emergencias.
 - Proceso Gestión.
 - Acciones en Proceso.
- iii) Consulta Externa - Listas de Espera .
- iv)



v)

Junio 2012	Febrero 2014
<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos de control y retroalimentación inadecuados Falta de Planificación en la apertura de agendas 	<ul style="list-style-type: none"> Cambio del Jefe de Cirugía Separación del Jefe de Consulta Externa Creación de Comisión para la Gestión de la Consulta Externa Valoración de Referencias del Primer Nivel de Atención Aumento de la oferta de cupos nuevos Cambio en la modalidad de Consulta Externa para Pacientes postquirúrgicos

vi) Procedimientos Diagnóstico- Listas de Espera

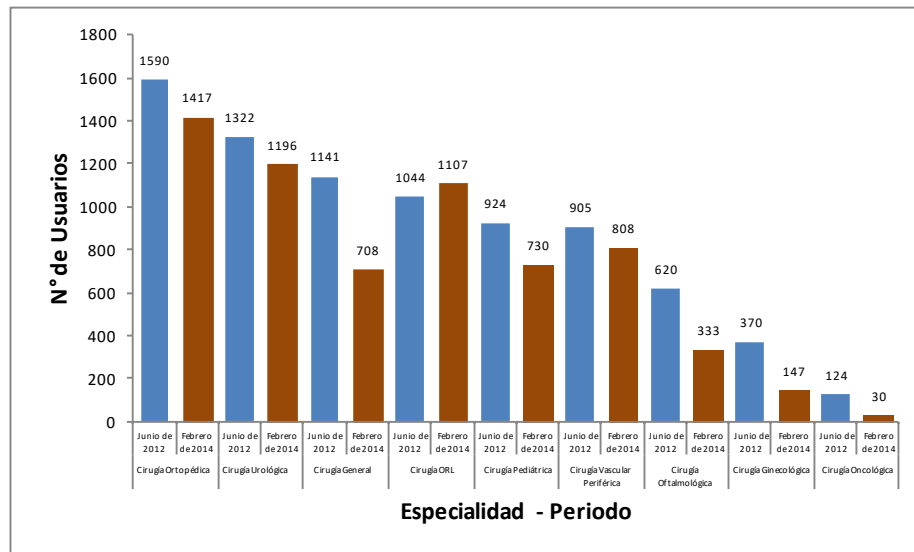


vii) Procedimientos Quirúrgicos - Listas de Espera.

viii)

Junio 2012	Febrero 2014
<ul style="list-style-type: none"> Falta de mecanismos de control adecuados de las Listas de Espera. Falta de una metodología adecuada de priorización Falta de mecanismos de programación de pacientes quirúrgicos adecuados 	<ul style="list-style-type: none"> Cambio de la Jefatura de Cirugía Promoción del trabajo en equipo Dirección General – Cirugía – REDES Establecimiento de mecanismos de retroalimentación y control continuos de la Lista de Espera Quirúrgica Priorización de la lista en orden cronológico considerando las restricciones Implementación de nuevas técnicas quirúrgicas de Cirugía General Centralización de la programación de las cirugías

ix)

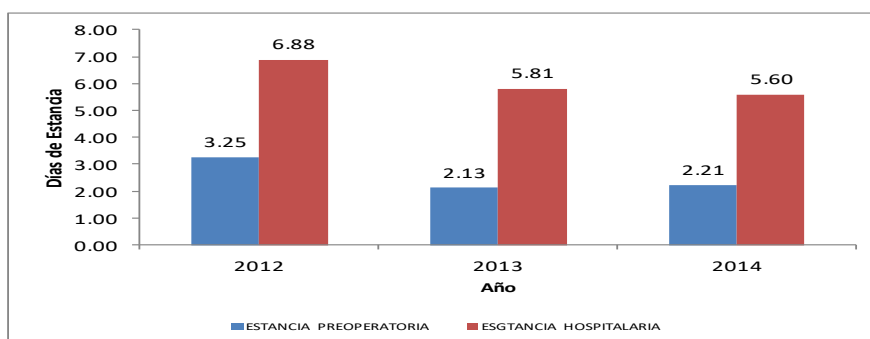


x) Estancia Hospitalaria – Cirugía.

xi)

Junio 2012	Febrero 2014
<ul style="list-style-type: none"> Falta de control y seguimiento a los indicadores de estancia hospitalaria y giro de cama Mecanismos de gestión de camas inadecuado Falta de coordinación entre los diferentes servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Cambio de la Jefatura de Cirugía Implementación de nuevas técnicas quirúrgicas en Cirugía General. Creación de un Grupo Gestor de Camas Hospitalarias Uso dinámico entre las camas de Cx de Hombres y Cx de Mujeres. Promoción de Trabajo en Equipo entre los servicios quirúrgicos y de apoyo (Enfermería, Farmacia, Rx, REDES, Transportes) , para el egreso de expedito de pacientes.

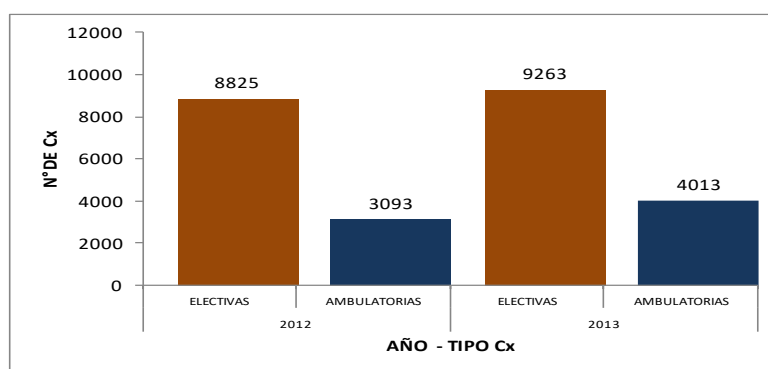
xii)



xiii)

Año 2012	Año 2013
<ul style="list-style-type: none"> Falta de control y seguimiento a los indicadores de Sala de Operaciones. Indicadores de gestión insuficientes Baja utilización de quirófanos 	<ul style="list-style-type: none"> Cambio de la Jefatura de Anestesia Cambio de Jefatura de Cirugía Implementación de nuevas técnicas quirúrgicas Apertura de quirófanos en el II turno con el mismo personal Cirugías vespertinas

xiv)

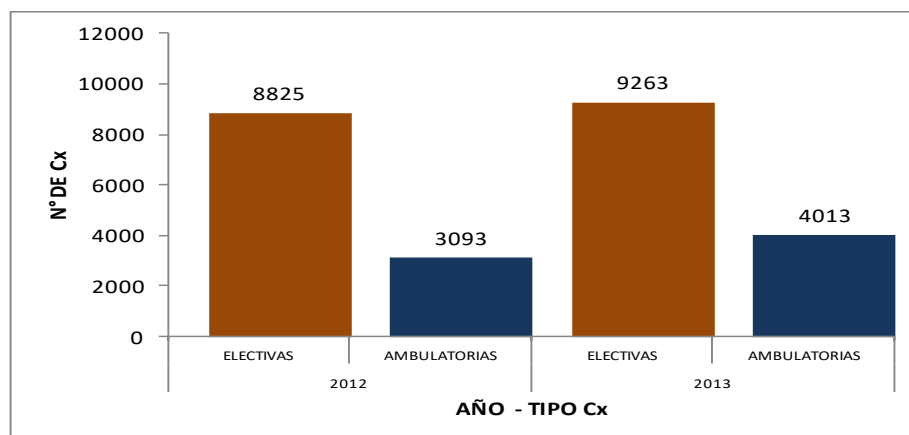


xv) Uso de Salas de Operaciones.

xvi)

Junio 2012	Abril 2014
<ul style="list-style-type: none"> Falta de control y seguimiento a los indicadores de Sala de Operaciones. Indicadores de gestión insuficientes Baja utilización de quirófanos 	<ul style="list-style-type: none"> Cambio de la Jefatura de Anestesia Identificación de las principales oportunidades de mejora para maximizar el uso de los recursos de Sala de Operaciones Se ha identificado una oportunidad de maximización del tiempo de utilización de Sala de Operaciones del 36%

xvii)



xviii) Uso de Salas de Operaciones

Junio 2012	Abril 2014
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de control y seguimiento a los indicadores de Sala de Operaciones. • Indicadores de gestión insuficientes • Baja utilización de quirófanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de la Jefatura de Anestesia • Identificación de las principales oportunidades de mejora para maximizar el uso de los recursos de Sala de Operaciones • Se ha identificado una oportunidad de maximización del tiempo de utilización de Sala de Operaciones del 36%

xix)

Tiempo	Proporción
Preparación de Quirófanos	5.7%
Inicio de Cirugías	10.4%
Procedimientos Quirúrgicos	52.6%
Entre Procedimientos Quirúrgicos	5.8%
Tiempo de Almuerzo	12.7%
Entre el Último Procedimiento y el Final de Jornada	12.8%
Total	100%

xx) Atención de Emergencias,

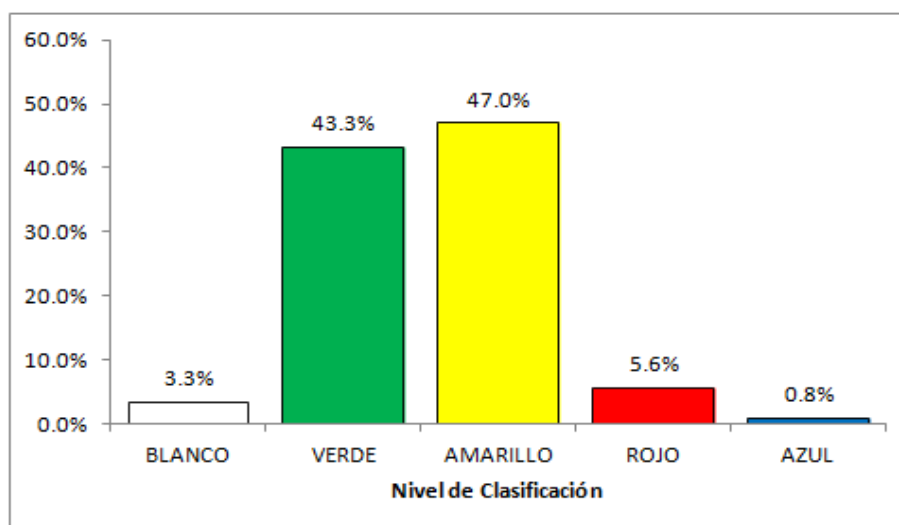
xxi)

ANTES DE LA INTERVENCIÓN	HOY
<ul style="list-style-type: none"> Falta de actividad de clasificación de pacientes, pues los mismos eran atendidos según orden de llegada a excepción de los traumas mayores y otras patologías específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Cambio de la Jefatura de Emergencias Implementación del “Canadian Triage and Acuity Scale” o CTAS el cual es una técnica de clasificación de pacientes de emergencias que consiste en una escala de clasificación de 5 niveles de agudeza. Con el método de clasificación implementado, ya se conocen el nivel de agudeza de los pacientes que arriban al Servicio de Emergencias, así los motivos de consulta principales. Implementación de nuevas técnicas de gestión de los recursos de Emergencias, lo que permite agilizar la atención de más del 90% los pacientes.

xxii)

MOTIVO DE CONSULTA	PROPORCIÓN
GASTROINTESTINAL	24.12%
ORTOPEDIA	19.67%
RESPIRATORIO	11.22%
NEUROLÓGICO (SNC)	9.17%
GENERAL/MENOR	6.83%
PIEL	5.81%
CARDIOVASCULAR	4.57%
ORL-NARIZ	4.37%
ORL-BOCA/GARGANTA/CUELLO	3.66%
GENITOURINARIO	3.53%
OFTALMOLOGÍA	2.00%
ORL-OIDO	1.70%
TRAUMA	1.68%
SALUD MENTAL Y PSICOSOCIALES	1.20%
USO INAPROPIADO DE SUSTANCIAS	0.40%
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA	0.04%
AMBIENTAL	0.03%
TOTAL	100%

xxiii)



xxiv) Proceso de gestión de la Dirección.

xxv)

- Consejos técnicos
 - Médicos y servicios de apoyo.
- Empoderamiento
 - Toma de decisiones, manejo recurso humano, indicadores.
- Rendición de Cuentas
 - Informes y su presentación.
- Gestión Financiera
 - Participación en equipamiento y confección de presupuesto.
- Gestión Local
 - Racionalización del cálculo de metas.

xxvi) Acciones en proceso.

- Seguimiento a lo ya establecido.
- Desarrollo e implementación del Plan de Gestión de Camas.
- Desarrollo e implementación del Plan de Maximización del Uso de Recursos de Consulta Externa.
- Implementación del Plan para la Mejora del Servicio de Emergencias.

xxvii)

- Desarrollo e Implementación del Plan de Mejora para la Maximización del Uso de Recursos de Sala de Operaciones.
- Fortalecer la retroalimentación continua con las Áreas de Salud adscritas al Hospital con las variables críticas que disminuyen la respuesta oportuna del Hospital, pero que pueden ser atendidas desde ese nivel.

Señala la doctora Díaz Valverde que en el proceso de gestión de la Dirección, se instauraron los Consejos Técnicos; ahora se tienen Consejos Médicos y de Servicios de Apoyo. En el empoderamiento, es básicamente enseñarles a tomar decisiones; se dio un curso para jefaturas de servicio sobre el manejo de recurso humano y el manejo de indicadores, porque no conocían ni utilizaban los indicadores. En la rendición de cuentas, ellos están presentando informes trimestrales y tienen que exponerlos y analizar los indicadores, que antes no lo hacían. Están participando en la gestión financiera, en el equipamiento y también en la confección del presupuesto, que no lo hacían. En la gestión local, ellos ahora calculan sus metas, antes lo que se hacía era que se le agregaba un poquito más al presupuesto, ahora están haciendo sus cálculos de cuántas horas de camas, cuántas horas de consulta, cuántos pacientes por hora; es un trabajo arduo, pero han respondido bien. Ha sido un proceso de aprendizaje, ellos llevan incluso control de guardias y demás, también se han visto sentados para reducir el número de guardias a los más viejos para ir equilibrando el presupuesto. Han aprendido muchas cosas; el grupo interventor está satisfecho, porque la mayoría de las jefaturas son nuevas y han tenido que enseñarles, pero piensa que han respondido muy bien. En cuanto a presupuesto, se les ha ido inculcando y llevan incluso plantillas para conocer el número de guardias, las extras, sustituciones, etc.

La Directora Solera Picado anota que le gustaría que haya una conclusión de parte de las personas que estuvieron a cargo de la intervención, en el sentido de que esto permite justificar la

decisión que se vaya a tomar; por ejemplo, si en todo este tiempo consideran que se cumplió el objetivo de la intervención, si respondieron solamente a los informes de Auditoría que fueron la base fundamental para la toma de decisión de la intervención y si hubo otros aspectos más allá que pudieron lograr durante este proceso; y sobre todo, si esto podrá ser sostenible, algo que permita hacer un cierre.

El licenciado Rosas Vega presenta los logros en los Proyectos de Recuperación de infraestructura, en el período Junio 2012 – Abril 2014, con base en las siguientes láminas:

- 1) Gestión Administrativa.
Logros
Proyectos de Recuperación de infraestructura
Junio 2012 – Abril 2014.
- 2) PROYECTOS CONCLUIDOS Y PENDIENTES.
- 3)

Descripción	Total General
PROYECTOS CONCLUIDOS:	
✓ Cambio de tanque de diesel	
✓ Batería de servicios Sanitarios del Servicio de Emergencias y Archivo	¢ 181.507.506
✓ Validación de Derechos y Oftalmología	
✓ Cubierta de techo de Casa de Máquinas	
PROYECTOS PENDIENTES:	
✓ Restauración de Sala de Operaciones y aire acondicionado de Salas de Operaciones y UTI.	
✓ Restauración de la Red de Gases Médicos,	
✓ Generador de oxígeno, Remodelación del Servicio de Neonatos y Hemodiálisis,	¢1.664.800.000
✓ Cambio de cubiertas de techo, Restauración de baterías de servicios sanitarios de encamados (SEGUNDA ETAPA DE CUATRO)	

- 4) Proyectos en proceso.
- 5)

Descripción	Costo
✓ Pasillo de Acceso	
✓ Salidas de Emergencias para encamados	
✓ Remodelación del Servicio de Gineco Obstetricia y su Sala de Operaciones	
✓ Restauración de baterías de servicios sanitarios de encamados (PRIMERA ETAPA DE CUATRO)	
✓ Remodelación del Servicio de Gastroenterología y Centro Gestión Informática	¢475.019.795
✓ Pintura General (según demanda)	
✓ Cambio de cielo rasos (según demanda)	
✓ Películas de Seguridad (según demanda)	
✓ Mejoras estructurales del Servicio de Nutrición (paliativas y consultoría)	

6) **Logro**
Implementación del Sistema de gestión de mantenimiento.

- 7) Proceso general:
- Diagnóstico.
 - Reestructuración.
 - Inventario Técnico.
 - Programa de Mantenimiento.
 - Sistema de Información.
 - Capacitación.
 - Mejora continúa.

8) **Logros**
Inversión en equipamiento.

9) Logros
EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA.

10)

**Ejecución Presupuestaria
Grupo de Sub Partidas
Periodo 2012-2013**

Grupo de partida	Gasto 2012	% Ejecución	Gasto 2013	% Ejecución	% crecimiento
Servicios Personales Fijos	€18,685,521,894.41	97.33%	€20,336,401,465.08	97.85%	8.12%
Servicios Personales Variables	€5,712,923,740.58	98.77%	€6,297,123,334.51	95.86%	9.28%
Servicios No Personales	€1,192,408,725.86	96.46%	€1,294,785,146.45	96.73%	7.91%
Materiales y Suministros	€2,912,159,184.55	97.64%	€3,344,517,996.06	98.35%	12.93%
Maquinaria y Equipo	€152,873,721.84	98.98%	€323,325,688.13	95.46%	52.72%
Desembolsos Financieros	€4,139,906.16	99.97%	€515,000.00	100.00%	-703.87%
Cargas Sociales	€4,551,483,446.02	98.40%	€4,068,517,573.23	99.31%	-11.87%
Construcciones, Adiciones y Mejoras	€0.00		€0.00	0.00%	0.00%
Transferencias Corrientes (subsidios)	€1,771,355,815.30	92.09%	€1,905,626,442.70	92.47%	7.05%
Otras Transferencias	€101,827,796.56	98.01%	€107,356,969.86	88.05%	5.15%
Egresos en Efectivo	€35,084,694,231.28	97.43%	€37,678,169,616.02	97.33%	6.88%
Materiales y Suministros en Especie	€4,661,513,362.66	82.36%	€5,298,948,903.90	95.77%	12.03%
Cargas Sociales en Especie	€2,089,681,946.58	98.26%	€2,282,461,558.95	96.73%	8.45%
Depreciaciones	€435,904,374.47	76.71%	€462,251,229.71	98.98%	5.70%
Egresos en Especie	€7,187,099,683.71	86.02%	€8,043,661,692.56	96.22%	10.65%
Total	€42,271,793,914.99	95.28%	€45,721,831,308.58	97.13%	7.5%

11) **Logros**
EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA

- 12) Resumen Logros Gestión Administrativa
- Recuperación Infraestructura.
 - Inicio de Implementación Sistema de Gestión de Mantenimiento.
 - Inversión en Mantenimiento.
 - Gestión Presupuestaria.
 - Gestión Depuración de Procesos Contratación Administrativa
 - Procesos de Capacitación.
 - Reestructuración Gestión Control de Activos.
 - Automatización de Procesos.
 - Implementación procesos Rendición de Cuentas.
 - Control y Seguimiento Informes de Auditoría.
 - Recuperación de los procesos de Control Interno.

13) Propuesta de acuerdo:

La Junta Directiva una vez realizada la presentación por parte de la Gerencia Médica sobre el Informe de la Comisión Interventora del Hospital Dr. Max Peralta, **ACUERDA:**

1. Dar por recibido el informe de la intervención del Hospital Dr. Max Peralta presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5109-2014, del 28 de abril del 2014.
2. Proceder a dar por terminado el proceso de intervención del Hospital Dr. Max Peralta y por ende dar por atendidos los acuerdos del artículo 21 de la sesión N°8601 y el artículo 25 de la sesión N°8645.

Instruir a la Gerencia Médica para que se revise y proceda conforme corresponda, si al concluir el proceso de intervención alguno o algunos de los funcionarios que forman parte del Equipo Interventor continuará en el citado Hospital.

El licenciado Rosas Vega informa que durante el primer trimestre, se identificó un número de situaciones que dieron las herramientas para empezar a desarrollar los procesos de mejora. El proceso como un todo, con referencia a los informes de Auditoría, claro que si; pero durante todo el proceso se identificaron aspectos que fue necesario abordar. Ahora, si el proceso es sostenible en el tiempo, lo importante es rescatar que se tomaron todas las medidas correctivas que se tuvieron que tomar y se aplicaron en función de la capacidad del personal; los problemas que ameritaban medidas drásticas se aplicaron de forma inmediata. La continuidad del proceso que ha ido caminando, depende de la visión que se tenga para mantenerlo en el tiempo; la sostenibilidad no va a depender de qué tan bien estén estructurados los nuevos mecanismos, o cómo están diseñados, sino que va a depender de ese seguimiento y esa aplicación continua de los controles necesarios.

Interviene la doctora Díaz Valverde y comenta que el éxito dependerá del compromiso que tenga la persona que se haga cargo del centro, para sacar adelante los programas. Con respecto a los informes de Auditoría, lo que hicieron fue abordar la gestión hospitalaria e incluir lo que solicitaba la Auditoría.

El licenciado Alfaro Morales señala que, para efectos del acuerdo, el que se propone es parco; cuando se lee, se entiende que terminó la intervención, pero no si terminó bien o mal. La idea es que en algún considerando quede claro que habiéndose trazado los objetivos, tanto lo que correspondía a Auditoría como incluso más allá de estos objetivos, se tomaron las acciones del caso, esto para que quede nutrido el acuerdo. Y llegado al tema del acuerdo, decir que habiéndose cumplido los objetivos a y b, y algunos otros más, la Junta Directiva acuerda dar por concluido el proceso; esto porque como está propuesto, no refleja el acuerdo el punto de si terminó bien o terminó mal. Otro aspecto tiene que ver con el punto 3; queda la impresión de que la Gerencia Médica, terminada la intervención, puede nombrar a alguien. La doctora Díaz Valverde explicaba que a raíz de la intervención se dieron medidas cautelares en gente que fue removida y reemplazada por otras personas; esa condición no está enfocada ahí; para quien lo lee, la Gerencia decide quiénes se quedan y quiénes se van, y este es un tema de recurso humano y procedimientos institucionales. La idea es ver si hay personas separadas con medidas cautelares, producto de la intervención en sí; y si fenece la intervención y había gente cautelarmente suspendida por la intervención nada más, evidentemente la medida cautelar cesa y esa gente tiene

que reincorporarse; pero si las personas están suspendidas porque tienen procedimientos en curso, entonces la cautelar no depende tanto de la intervención sino del procedimiento en curso. Esa situación debe quedar en la redacción del punto 3.

La doctora Díaz Valverde indica que, considerando que falta poco tiempo para que los actuales Directores de la Junta Directiva cesen en sus funciones, quiere transmitirles el sentir del Consejo Técnico del Hospital de Cartago; ellos reconocen que notaron un cambio en estos años, que sienten que se tomaron decisiones que no se tomaban antes, y que les parece que el cambio fue sustancial y favorable. Sienten que estos años han sido buenos, a pesar de la intervención y que ha habido cambios notables y se tomaron las decisiones que debieron haberse tomado.

Finalmente, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5109-2014 fechado 28 de abril del año en curso, que firma la señora Gerente Médico y que, en adelante se transcribe, en lo pertinente:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica ha recibido el Informe de la intervención suscrito por el Equipo Interventor del Hospital Dr. Max Peralta.

La presentación será realizada por la Dra. Krissia Díaz Valverde, Directora General del Hospital Dr. Max Peralta, en representación del equipo interventor.

ANTECEDENTES

La Junta Directiva en el artículo 35 de la sesión 8585 del 14 de junio de 2012, acordó:

“(...) analizadas las recomendaciones que formula la Gerente Médica, como su Informe relacionado con ese Centro Hospitalario, que obran en el Oficio N° 22.890-15-ICHG-12 de fecha 13 de junio, 2012, así como el Informe del Equipo Técnico de Apoyo Hospitalario, visible en la nota número EATH-089-06-12, y el Informe presentado por la Auditoría Interna “Informe especial sobre las actividades sustantivas desarrolladas en la sala de operaciones Hospital Max Peralta Jiménez. U.E. 2306”, que se adjunta a la nota firmada por la Gerente Médico, número 11.263.8 del 11 de los corrientes, que son coincidentes, sustancialmente, con que se han determinado anomalías o irregularidades en el Hospital Max Peralta, en aspectos atinentes a la gestión, control interno, entre otros, que podrían estar incidiendo negativamente en la adecuada prestación de servicio de atención a la salud que, por mandato constitucional, tiene esta Entidad que salvaguardar en interés de los usuarios, la Junta Directiva ACUERDA: con fundamento en los artículo 21 y 73 constitucionales, en la Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social (N° 7852 del 30 de noviembre de 1998), en sus artículos 9 y 10, en el Reglamento a dicha Ley, en sus ordinales 6, 14, 20, 23, así como del 50 al 55:

a) Proceder a la intervención total del Hospital Max Peralta Jiménez, hasta por un plazo de un año contado a partir de la firmeza del acuerdo.

Este plazo será prorrogable por el período que se estime conveniente, si las circunstancias así lo exigen.

b) Hasta por el período que se ha decretado la intervención, se dispone cautelarmente la suspensión del carácter de desconcentrado del mencionado Centro Médico.

En tal sentido, se instruye a la Dirección Jurídica de la Caja Costarricense de Seguro Social para que protocolice, en lo conducente, esta acta y se revoque de inmediato, por el mismo lapso indicado en el anterior párrafo, el poder general con límite de suma, otorgado en virtud de la personalidad jurídica instrumental dada al Hospital Max Peralta, y que actualmente recae en el Dr. Eduardo Cambroner Hernández, como consecuencia del proceso de desconcentración.

c) Como medida cautelar, el traslado temporal del MSc. Abilio Gutiérrez Arguedas, quien ostenta el puesto de Director Financiero, por cuatro meses y la suspensión del nombramiento del Dr. Eduardo Cambroner Hernández, quien ocupa el cargo de Director Médico, cuyo nombramiento vence el 15 de julio del año 2012. Esto en el entendido de que se delega en la Gerencia Médica la determinación del lugar en que serán ubicados estos funcionarios.

d) Designar una comisión interventora, que asumirá el control de la gestión de ese Hospital. Constituir dicha Comisión con los siguientes funcionarios: Dra. Krisia Díaz Valverde, quien asumirá el cargo de la Dirección Médica de ese Centro Hospitalario, licenciado José Mauricio Rosas Vega, quien fungirá como Director Administrativo Financiero, Dr. Rodrigo Ramírez Calvo, quien ocupará el cargo de Subdirector Médico, así como el Ingeniero Industrial José Rafael González Murillo, el cual tiene experiencia en contratación administrativa, con más de veinte años de laborar para la Institución.

Queda facultada la Gerente Médico para incorporar a esta Comisión al funcionario o funcionarios que considere necesarios.

e) Trasladar a la Gerencia Médica el Informe de la Auditoría en referencia para que, en el ámbito de sus competencias, adopte las acciones que resulten necesarias. ACUERDO FIRME”.

2. La Junta Directiva en el artículo 21° de la sesión N° 8601, celebrada el 20 de septiembre de 2012, acordó:

“ARTICULO 21°

Finalmente, la Junta Directiva ACUERDA dar por recibido el informe del Grupo interventor del Hospital Max Peralta, 15 de junio al 15 de setiembre del año 2012 y, a su vez, instruye a la Gerencia Médica para que, con base en los hallazgos encontrados, se proceda a tomar las acciones correspondientes.”

3. La Junta Directiva, en el artículo 25° de la sesión N° 8645, celebrada el 13 de junio de 2013, acordó:

a) Proceder a la prórroga del proceso de intervención hasta por un año, que permita completar el ordenamiento pretendido en el Hospital Max Peralta de Cartago a la Comisión

Interventora actual. Este plazo será prorrogable por el período que se estime conveniente, si las circunstancias así lo exigen.

- b) *La Comisión Interventora deberá presentar informes sobre la gestión realizada, cada seis meses, a la Junta Directiva.*
- c) *En cuanto al aspecto de la desconcentración se estará a lo resuelto en el artículo 35° de la sesión número 8585, celebrada el 14 de junio del año 2012.”*

ACCIONES

En este sentido, se procede a presentar informe de las acciones realizadas a este nivel, en atención a lo instruido por la Junta Directiva.

El documento a presentar es complemento de los informes que se han presentado a la Junta Directiva y define los siguientes logros:

Consulta Externa - Listas de espera

Junio 2012

- Mecanismos de control y retroalimentación inadecuados
- Falta de Planificación en la apertura de agendas

Febrero 2014

- Cambio del Jefe de Cirugía
- Separación del Jefe de Consulta Externa
- Creación de Comisión para la Gestión de la Consulta Externa
- Valoración de Referencias del Primer Nivel de Atención
- Aumento de la oferta de cupos nuevos
- Cambio en la modalidad de Consulta Externa para Pacientes postquirúrgicos

1.Procedimientos Diagnóstico- Listas de espera

Junio 2012

- Mecanismos de control y retroalimentación inadecuados
- Falta de Planificación en la apertura de agendas
- Falta de capacidad instalada

Febrero 2014

- Implementación de mecanismos de control y retroalimentación de la Lista de Espera.
- Programación de los procedimientos en orden cronológico, con excepción de las prioridades.
- Jornadas de Producción para mamografías y ultrasonidos generales
- Aumento de la capacidad con una segunda sala de mamografía
- Implementación de un mecanismo de depuración permanente

- Falta de mecanismos de control adecuados de las Listas de Espera.
- Falta de una metodología adecuada de priorización
- Falta de mecanismos de programación de pacientes quirúrgicos adecuados
- Cambio de la Jefatura de Cirugía
- Promoción del trabajo en equipo Dirección General – Cirugía – REDES
- Establecimiento de mecanismos de retroalimentación y control continuos de la Lsita de Espera Quirúrgica
- Priorización de la lista en orden cronológico considerando las restricciones
- Implementación de nuevas técnicas quirúrgicas de Cirugía General
- Centralización de la programación de las cirugías

2. Estancia Hospitalaria – Cirugía

Junio 2012

- Falta de control y seguimiento a los indicadores de estancia hospitalaria y giro de cama
- Mecanismos de gestión de camas inadecuado
- Falta de coordinación entre los diferentes servicios

Febrero 2014

- Cambio de la Jefatura de Cirugía
- Implementación de nuevas técnicas quirúrgicas en Cirugía General.
- Creación de un Grupo Gestor de Camas Hospitalarias
- Uso dinámico entre las camas de Cx de Hombres y Cx de Mujeres.
- Promoción de Trabajo en Equipo entre los servicios quirúrgicos y de apoyo (Enfermería, Farmacia, Rx, REDES, Transportes), para el egreso de expedito de pacientes.

4. Uso de Salas de Operaciones

Año 2012

- Falta de control y seguimiento a los indicadores de Sala de Operaciones.
- Indicadores de gestión insuficientes
- Baja utilización de quirófanos

Año 2013

- Cambio de la Jefatura de Anestesia
- Cambio de Jefatura de Cirugía
- Implementación de nuevas técnicas quirúrgicas
- Apertura de quirófanos en el II turno con el mismo personal
- Cirugías vespertinas

- Falta de control y seguimiento a los indicadores de Sala de Operaciones.
- Indicadores de gestión insuficientes
- Baja utilización de quirófanos
- Cambio de la Jefatura de Anestesia
- Identificación de las principales oportunidades de mejora para maximizar el uso de los recursos de Sala de Operaciones
- Se ha identificado una oportunidad de maximización del tiempo de utilización de Sala de Operaciones del 36%

5. Atención de Emergencias

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

HOY

- Falta de actividad de clasificación de pacientes, pues los mismos eran atendidos según orden de llegada a excepción de los traumas mayores y otras patologías específicas.
- Falta de actividad de clasificación de pacientes, pues los mismos eran atendidos según orden de llegada a excepción de los traumas mayores y otras patologías específicas.
- Cambio de la Jefatura de Emergencias
- Implementación del “*Canadian Triage and Acuity Scale*” o CTAS el cual es una técnica de clasificación de pacientes de emergencias que consiste en una escala de clasificación de 5 niveles de agudeza.
- Con el método de clasificación implementado, ya se conocen el nivel de agudeza de los pacientes que arriban al Servicio de Emergencias, así los motivos de consulta principales.
- Implementación de nuevas técnicas de gestión de los recursos de Emergencias, lo que permite agilizar la atención de más del 90% los pacientes.
- Cambio de la Jefatura de Emergencias
- Implementación del “*Canadian Triage and Acuity Scale*” o CTAS el cual es una técnica de clasificación de pacientes de emergencias que consiste en una escala de clasificación de 5 niveles de agudeza.
- Con el método de clasificación implementado, ya se conocen el nivel de agudeza de los pacientes que arriban al Servicio de Emergencias, así los motivos de consulta principales.
- Implementación de nuevas técnicas de gestión de los recursos de Emergencias, lo que permite agilizar la atención de más del 90% los pacientes.

Acciones en Proceso

- Seguimiento a lo ya establecido
- Desarrollo e implementación del Plan de Gestión de Camas
- Desarrollo e implementación del Plan de Maximización del Uso de Recursos de Consulta Externa

- Implementación del Plan para la Mejora del Servicio de Emergencias
- Desarrollo e Implementación del Plan de Mejora para la Maximización del Uso de Recursos de Sala de Operaciones
- Fortalecer la retroalimentación continua con las Áreas de Salud adscritas al Hospital con las variables críticas que disminuyen la respuesta oportuna del Hospital, pero que pueden ser atendidas desde ese nivel.

RECOMENDACIÓN

La Gerencia con base en el contenido del informe de Intervención del Hospital Dr. Max Peralta, suscrito por los miembros del equipo interventor, recomienda a la Junta Directiva lo siguiente:

1. Dar por recibido el informe de la intervención del Hospital Dr. Max Peralta presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5109-2014, del 28 de abril del 2014.
2. Proceder a dar por terminado el proceso de intervención del Hospital Dr. Max Peralta y por ende dar por atendidos los acuerdos del artículo 21° de la sesión N°8601 y el artículo 25° de la sesión N°8645.
3. Instruir a la Gerencia Médica para que se revise y proceda conforme corresponda, si al concluir el proceso de intervención alguno o algunos de los funcionarios que forman parte del Equipo Interventor continuará en el citado Hospital”,

habiéndose realizado la respectiva presentación por parte de la doctora Krissia Díaz Valverde, Directora, y del master Mauricio Rosas Vega, Director Administrativo Financiero del Hospital Max Peralta, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el informe de la intervención del Hospital Max Peralta presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-5109-2014.
- 2) Proceder a dar por terminado el proceso de intervención del Hospital Max Peralta y, por ende, dar por atendidos los acuerdos adoptados en el artículo 21° de la sesión N° 8601 y en el artículo 25° de la sesión N° 8645.
- 3) En virtud de que hay funcionarios respecto de quienes se dictaron medidas cautelares, instruir a la Gerencia Médica para que, en conjunto con la Dirección Jurídica, se proceda al análisis de la situación laboral tanto en lo que concierne a quienes se les han dictado medidas cautelares como en relación con aquellos que los han sustituido.
- 4) Expresar el agradecimiento a los miembros de la Comisión Interventora del Hospital de Cartago por el trabajo realizado durante el proceso de intervención y los logros alcanzados.

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

La doctora Díaz Valverde y el licenciado Rosas Vega se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones los doctores Taciano Lemos Pires, Coordinador; Manuel Navarro Correa, y el licenciado Rodolfo Morera Herrera, miembros del equipo de transición del Hospital Calderón Guardia, y el doctor Soto, Emergenciólogo del citado Hospital.

ARTICULO 59°

Se ha distribuido el oficio N° GM-SJD-5117-2014 de fecha 28 de abril del año 2014, que firma la Gerente Médico, por medio del que se presenta la información complementaria respecto del informe del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

Primeramente, presenta el doctor Navarro Herrera, con base en las siguientes láminas:

- 1) Caja Costarricense de Social
Complemento Informe Transición
Hospital Rafael Á. Calderón Guardia
Abril, 2014.

- 2) **DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN**

Gestión Clínica I

- Indicadores de hospitalaria
 - Deficiencias en indicadores de gestión.
 - Baja producción de sala de operaciones dirigida a la lista de espera.
 - Tiempos de Respuestas de Servicios de apoyo no medidos.
 - Distribución horaria de recurso especializado no ajustada a la demanda.
 - Programa Cirugía Ambulatoria con discreto impacto a la lista de espera.
 - Problemas organizacionales de la consulta externa.

- 3) Diagnóstico de situación.

Gestión Clínica II

- Cierres frecuentes y plétora constante del Servicio de Emergencias.
- Modelos de clasificación de inadecuado en el Servicio de Emergencias.

- 4) **DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN**
Gestión Administrativa I

Ingeniería y mantenimiento.

1. Existencia parcial indicadores de Gestión en áreas críticas.
2. Inexistencia sistema almacenamiento.
3. Inadecuado manejo de inventarios.
4. Tendencia compra Caja Chica.
5. Baja Ejecución partidas Mantenimiento.

Bienes y Servicios.

1. Proceso de Participación Planificación Anual 60%.
2. Plantillas de Control Procesos de Compra.
3. Estudios de Razonabilidad de Precios.
4. Participación parcial AGBS compra de Caja Chica.
5. Incumplimientos con los plazos en los procesos de recomendación técnica.

Plazos en los procesos de recomendación técnica.

5) **DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN**
Gestión Administrativa II

Transporte

1. Limitaciones flotilla.
2. Instalaciones físicas Inadecuadas.
3. No existe levantamiento de procesos.
4. Tres turnos.

Control de Activos

1. No existe expediente por cada bien mueble.
2. Donaciones de activos se tramitan al margen de la normativa.
3. Jefaturas no avalan inventario activos.
4. Se presume histórico faltantes no se ajusta a la realidad.

plazos en los procesos de recomendación técnica.

6) **DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN**
Gestión Administrativa III

Recursos Humanos.

1. Inconsistencias en datos referentes a los códigos y recurso humano asignado al nosocomio
2. Debilidades en el archivo y mantenimiento actualizado de expedientes del personal.

Servicios pendientes de análisis

1. Recursos Humanos.
2. Proveduría.
3. Aseo.
4. Vigilancia.

7) Análisis de la Gestión Clínica.

8) Comportamiento de los egresos en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 2008-2013 (gráfico).

9) Comportamiento de los egresos en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 2008-2013 y proyección al 2014 (gráfico).

10) Comportamiento de la Estancia Promedio del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en el período 2008-2013 (gráfico).

11) Comportamiento del Giro Cama Hospitalario del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en el período 2008-2013 (gráfico).

12) Comportamiento del Porcentaje de Ocupación del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en el período 2008-2013 (gráfico).

13) Comportamiento del Porcentaje de Ocupación de las Secciones del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en el período 2008-2013 (gráfico).

- 14) Comportamiento de la cantidad de cirugías ambulatorias en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 2008- 2013 (gráfico).
- 15) Comportamiento de la Producción de la Consulta Externa del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 2008- 2013 (gráfico).
- 16) Comportamiento de la Producción de la Consulta Externa del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 2008- 2013 y proyección 2014 (gráfico).
- 17) Relación de Horas Utilizadas vs Consultas realizadas, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 2008- 2013 (gráfico).
- 18) Comparación entre el comportamiento de citas perdidas, sustituidas y las de recargo, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 2008- 2013 (gráfico).
- 19) Comportamiento de listas de espera quirúrgico (gráfico).
- 20) Comportamiento de listas de espera consulta externa (gráfico).
- 21) Comportamiento de listas de espera procedimientos ambulatorios (gráfico).

El licenciado Morera Herrera presenta el análisis de la gestión financiera, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican.

- 22) Análisis de la Gestión Administrativa.
- 23) Hallazgos
Ingeniería y Mantenimiento.
 - Existencia parcial indicadores de Gestión en áreas críticas.
 - Inexistencia sistema almacenamiento.
 - Inadecuado manejo de inventarios.
 - Tendencia compra Caja Chica.
 - Baja Ejecución partidas Mantenimiento.
- 24) Ejecución Presupuestaria
 - Partidas Mantenimiento

Movimientos(aumento o Disminución) Sub-Partidas Mantenimiento

En Miles de colones corrientes

Partida	Descripción / Año	2010		2011		2012		2013		Total Movimiento
		Movimiento .	%	Movimiento .	%	Movimiento .	%	Movimiento .	%	
2151	Mant. Instal. Otras Obras	€600	97,44%	€8.820	0,00%	€5.700	95,64%	€10.600	89,31%	€4.520

	Mant. Rep.		88,13		67,96		97,38			
2152	Eq. Ofic.	€7.974	%	€4.500	%	€7.000	%	€0	86,43%	€19.474
	Mant. Rep.		93,23		55,31		44,10			
2153	Eq. Transp.	€0	%	€2.500	%	€45.000	%	€44.000	77,08%	€91.500
	Mant. Rep.		85,72		99,69		97,89			
2154	Otros Eq.	€95.000	%	€0	%	€62.405	%	€46.600	87,77%	€110.805
	Mant. Rep.									
2155	Maq y Equipo Produc.	€23.697	%	€40.000	%	€35.000	%	€20.000	47,71%	€71.303
	Mant y Rep		92,60		96,76		73,04			
2156	Edif Terceros	€161.968	%	€251.500	%	€104.000	%	€398.000	65,60%	€915.468
	Mant. Y Rep.									
2157	Eq Comunicación	€2.100	%	€0	%	€3.500	%	€4.765	100,00%	€6.165
	Mant. Y Rep.		94,14		88,36		31,28			
2159	Eq. Cómputo	€0	%	€14.681	%	€23.600	%	€3.980	40,53%	€42.261
Total General		€97.140		€242.001		€91.395		€466.745		€897.281

25) Gestión administrativa.

26) Proceso general AGBS.

- Sub Área de Planificación.
- Sub Área de Contratación Administrativa.
- Sub Área de Almacenamiento y Distribución.

27) Consideraciones.

- El Hospital es pionero en uso de SIGES como plataforma de gestión de compras.

28) Gestión general Sub Área de Planificación

- Planeación Servicio
 - **Plan Anual de Compras.**
 - **Solicitud de compra.**
- Gestión de planificación.
 - F-28.
 - Justificación.
 - Especificación.
 - Tabla de ponderación.
 - Contenido presupuestario.
 - Agrupación de necesidades.
 - Otras.

29) Área de Gestión de Bienes y Servicios

- Proceso de Participación Planificación Anual 60%.
- Plantillas de Control Procesos de Compra.
- Estudios de Razonabilidad de Precios.
- Participación parcial AGBS compra de Caja Chica.
- Incumplimientos con los plazos en los procesos de recomendación técnica.

30) REINGENIERIA DE PROCESOS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

- Planificación.
y Programación.
- Contratación
Administrativa.
- Almacenamiento
- y Distribución.

Implementación de sistemas de indicadores de control en las áreas de Planificación y Programación, Contratación Administrativa y Almacenamiento y Distribución.

Reducción procedimientos concursales por consolidación compras de materiales y suministros, maquinaria y equipo.

Desarrollo Plan Funcional (Proyecto construcción una sola Bodega).

Desarrollo plan de capacitación a personal a cargo de gestión de compras en las diferentes Unidades.

31) Servicio de transportes.

- Servicio
- Transportes
 - 10 VEHICULOS.
 - Y 4 AMBULANCIAS.
 - 19 FUNCIONARIOS 12 SON CHOFERES.
 - 2 ASIST. PAC.
 - LIMITACIONES FLOTILLA.
 - INSTALACIONES.
 - FISICAS.
 - INADECUADAS.
 - NO EXISTE.
 - LEVANTAMIENTO DE PROCESOS.
 - TRES TURNOS.

32) Control de activos.

- No existe expediente por cada bien mueble.
- Donaciones de activos se tramitan al margen de la normativa.

- Jefaturas no avalan inventario activos.
- Se presume histórico faltantes no se ajusta a la realidad.

33) Procesos a cargo de Alta Dirección.

- Pago alquileres por Caja Chica.
- Investigación Preliminar.
- Recomendaciones Informes Auditoría pendientes desde 2007.
- Permisos Tácitos Uso Precario.
- Plan Maestro Infraestructura.

Finalmente, el doctor Navarro Herrera presenta el cuadro de conclusiones y recomendaciones.

34) Conclusiones.

35) Conclusiones
Gestión Clínica.

- Se evidencia una tendencia en el descenso de indicadores hospitalarios, los cuales pese a la disminución de camas posterior al incendio del 2005, va en deterioro de la prestación oportuna de los servicios.

36) Conclusiones
Gestión Clínica.

- En relación con la consulta externa, se evidencia una inobservancia de los lineamientos establecidos por la Gerencia Médica, provocando limitaciones en el aprovechamiento óptimo de los recursos existentes y la producción.

37) Conclusiones
Gestión Clínica.

- En el tema de listas de espera, queda claro que la capacidad productiva del establecimiento es adecuada para las demandas recibidas, sin embargo la producción del mismo se encuentra enfocada a objetivos diferentes a los Institucionales.

38) Conclusiones
Gestión Clínica.

- Se observa una limitación en las vías de comunicación entre el establecimiento y el resto de Centros que componen la red de Servicios de Salud Este.

39) Conclusiones
Gestión Clínica

- En lo que respecta al Servicio de Emergencias, se evidencia que:
 - Las metodologías utilizadas para la clasificación de pacientes urgentes no es la adecuada.

- La administración de este Servicio de Emergencias, se encontraba dirigida a una gestión paralela aislada a la gestión del resto del establecimiento.

40) Conclusiones

Gestión Clínica

- En lo que corresponde a la gestión clínica, existe una debilidad en la ausencia de sistemas automatizados integrados que regulen, controlen, monitoreen la gestión activa del establecimiento, de los cuales se desprendan cuadros de mando para la toma de decisiones.

41) Conclusiones

Gestión Administrativa

- Bienes y Servicios
 - Se evidencia una debilidad en la planificación y gestión de compras lo cual se observa en la utilización reiterada de cajas chicas y el presunto pago de arrendamientos.
- Control de Activos
 - Gestión ineficiente del control de activos evidenciado en la ausencia de la aplicación de la normativa institucional y la recepción de donaciones.

42) Conclusiones

Gestión Administrativa

• Mantenimiento

De los análisis realizados se concluye que la gestión del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento, no se ejecuta con la eficiencia requerida; por cuanto presenta problemas en sus procesos de planificación y gestión operativa, lo cual se evidencia en sub-ejecuciones presupuestarias del presupuesto asignado, ausencia de planes de mantenimiento preventivo y correctivo de planta y equipo, además de deficiencias en los procesos de planificación para la sustitución de equipo médico.

43) Recomendación:

- Implementar un plan integral de fortalecimiento de la gestión clínica y administrativa.

44) Plan de Mejora – Gestión Clínica

- Implementar estandarización de funciones y responsabilidades del gestor de camas
- Trasparentar la lista de espera
- Concentración de la información y programación de citas.
- Fortalecer la línea de comunicación con la red de servicios.

45) Plan de Mejora – Emergencias.

- Servicios de Emergencias
 - Capacidad resolutive de cada servicios de emergencias (estratificar).
 - Implementar CTAS.

- Medir tiempos de respuesta de servicios de apoyo.
- Análisis de hardware y redes para sistema de información.
- **Traslados de Servicios de Ginecología y Cirugía General.**

46) Plan de mejora - Gestión Administrativa

Mantenimiento:

- Plan de mantenimiento correctivo y preventivo de la infraestructura hospitalaria y los activos.
- Valorar la posibilidad de unificar lugares de físicos de almacenamiento general.

Aplicar guías de mantenimiento y formular un plan de necesidades.

Transporte:

- Mantenimiento preventivo y correctivo de flota vehicular.
- Identificar de procesos e identificación de riesgos.

Bienes y servicios.

- Revisión de aspectos técnicos y normativos de proceso de compra por caja chica.
- Realizar estudios de razonabilidad de compras.
- Identificar limitaciones del proceso de planificación.

Control de activos.

- Creación de expedientes individuales.
- Normalizar el proceso de recepción de donaciones.
- Implementación de normas y procedimientos contables en bienes inmuebles.

Le parece a la Directora Solera Picado que la parte administrativa hay que analizarla más, porque el Hospital es muy complejo.

El Director Fallas Camacho señala que, como equipo de transición, tendría que elaborar todo un programa de apoyo para solventar todo este tipo de problemas. No sabe si dentro de las inquietudes del grupo interventor ya tienen planteadas acciones para abordar todo este escenario, tratando de manera práctica y en la medida de las posibilidades, resolver cada una de estas situaciones. Pero además, todo lo que se ha presentado hoy y la vez pasada, le parece que requiere todo un programa de abordaje conjuntamente con los equipos del Hospital, porque deja una serie de inquietudes y preocupaciones como lo están planteando. Le parece que el paso inmediato es que se presente a esta Junta Directiva un informe inmediato de cómo se van a abordar todo este tipo de situaciones que se están encontrando y qué tipo de apoyos adicionales se requerirían de la Gerente Médico.

Finalmente, **se da por recibida** la información complementaria que se ha presentado que se reserva para análisis.

Asimismo, **se dispone** incluir el informe en consideración para análisis que se ha reservado, en la sesión programada para el 5 de mayo próximo.

ARTICULO 60°

En cuanto al informe referente a la reestructuración de la Gerencia Médica, por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** reprogramar la presentación para el miércoles 7 de los corrientes.

Ingresa al salón de sesiones el Gerente Administrativo.

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

ARTICULO 61°

Conocida la información que presenta el señor Gerente Administrativo, que concuerda con los términos del oficio N° GA-19.471-14, de fecha 30 de abril del año 2014, que literalmente se lee de este modo, en lo conducente:

“Los medios de comunicación han divulgado que el Poder Ejecutivo emitirá un Decreto concediendo asueto el 8 de mayo de 2014. Esto, de cara a las próximas actividades que se desarrollarán en torno a la Sesión Solemne de la Asamblea Legislativa, en la cual el señor Luis Guillermo Solís Rivera, asumirá la Presidencia de la República para el período constitucional 2014-2018.

Según se tiene previsto, dicha actividad se llevará a cabo en el Estadio Nacional y asistirán Presidentes de otras naciones, diplomáticos entre otros funcionarios de alto rango.

En ese sentido, tomando en consideración que a la fecha no se dispone del Decreto Ejecutivo referido, y anticipando las posibles medidas que el Gobierno de la República tome en materia de seguridad y congestión vial causado por la afluencia de funcionarios públicos que laboren ese día; se conoce oficio DAGP-0497-2014 de la Dirección de Administración y Gestión de Personal en el cual se plantea la siguiente propuesta de acuerdo, avalada por esta Gerencia”,

en cuanto a las actividades que se desarrollarán en torno a la Sesión Solemne de la Asamblea Legislativa, en la cual, el señor Luis Guillermo Solís Rivera asumirá la Presidencia de la República para el período constitucional 2014-2018, así como la posible declaratoria de asueto por parte del Gobierno de Costa Rica para el próximo 08 de mayo del año 2014, y siendo que a la fecha no se dispone de la publicación del Decreto Ejecutivo, la Junta Directiva, con base en la recomendación del licenciado Campos Montes –en forma unánime- **ACUERDA** delegar en la Gerencia Administrativa y en la Gerencia Médica la potestad para definir y comunicar las acciones correspondientes una vez que esté en firme el decreto que se emita sobre el Traspaso de Poderes del día 8 de mayo de 2014, considerando que se deberá garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, y la disponibilidad inmediata del personal para la atención oportuna de cualquier situación de emergencia.

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

Se retira del salón de sesiones el licenciado Campos Montes.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable.

ARTICULO 62°

El Gerente Financiero presenta el oficio N° 23.184-14, de fecha 23 de abril del año 2014, que contiene la propuesta para la renovación de póliza todo riesgo; período 1° de mayo del año 2014 al 30 de abril del año 2015.

La presentación está a cargo del licenciado Guardia Rodríguez, con base en las siguientes láminas:

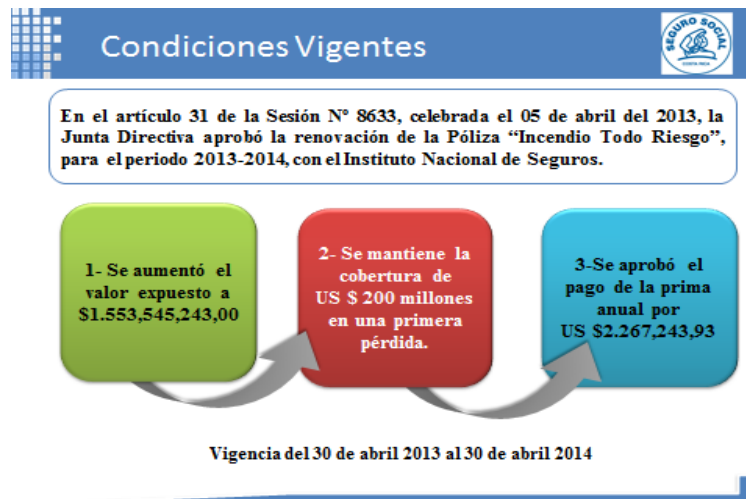
- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Financiera
APROBACIÓN
RENOVACIÓN PÓLIZA
“Incendio Todo Riesgo”
2014-2015
Abril, 2014.
- 2) Antecedentes

En artículo 8 de la Sesión N° 8136, celebrada el 01 de marzo 2007, la Junta Directiva aprobó la modalidad de Seguro “Todo Riesgo de Daño Físico”, pólizas suscritas hasta la fecha con el Instituto Nacional de Seguros.

Histórico póliza todo riesgo

PERIODO	MONTO EXPUESTO	PRIMA	% TARIFA
2007-2008	\$1.014.361.719.00	\$2.161.497.69	0.213%
2008-2009	\$1.026.523.415.72	\$2.044.118.19	0.199%
2009-2010	\$1.270.487.113.42	\$2.258.405.05	0.177%
2010-2011	\$1.363.462.586.13	\$2.316.883.59	0.169%
2011-2012	\$1.403.086.062.72	\$2.075.866.00	0.148%
2012-2013	\$1.410.599.955.72	\$2.080.084.57	0.147%
2013-2014	\$1.553.545.243,00	\$2.267.243.93	0.145%

3)

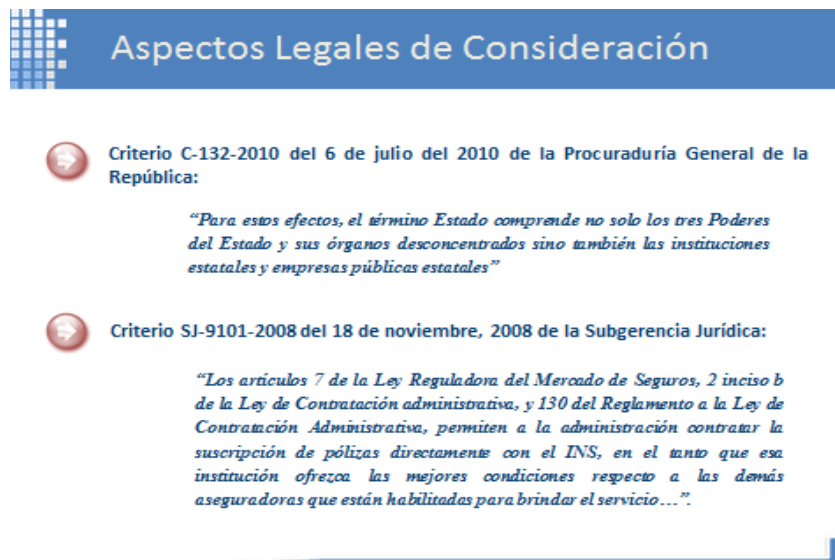


4) Aspectos legales de consideración:

Artículo 7 de la Ley N° 8653 Reguladora del Mercado de Seguros:

“El Estado ejercerá la actividad aseguradora por medio del INS y las sociedades anónimas que establezcan entre bancos públicos y el INS. En virtud del principio de unicidad del Estado, tanto el Gobierno Central como las demás instituciones del Sector Público, reconocen al INS como la única empresa de seguros del Estado. Para ello, el Estado contratará directamente con el INS todos los seguros necesarios para la satisfacción de sus necesidades, siempre que el INS ofrezca condiciones más favorables considerando prima, deducible, cobertura y exclusiones, así como la calidad del respaldo financiero y respaldo de reaseguro” (el subrayado no es original).

5)



6)

Estudio de mercado


El Área Administración y Aseguramiento de Bienes consultó el registro de aseguradoras aportado por la Superintendencia General de Seguros, con el fin de obtener posibles oferentes que ofrezcan la Póliza Todo Riesgo.

- Instituto Nacional de Seguros (Cotizó una prima de \$2,557,748,00)
- ASSA Compañía de Seguros (Cotizó una prima de \$2,613,000,00)
- MAPFRE (No cotizó)
- Océánica de Seguros S.A. (No cotizó)

La solicitud consideró el ámbito de coberturas requerido por la Caja y el detalle del total de bienes a amparar que representan el patrimonio expuesto de la Institución.

7)

Razones: Mejor tratamiento de posibles indemnizaciones.



Del análisis efectuado, la oferta del INS atiende satisfactoriamente los requerimientos solicitados por la institución.

Oferta más económica en \$55,252,00.

8)

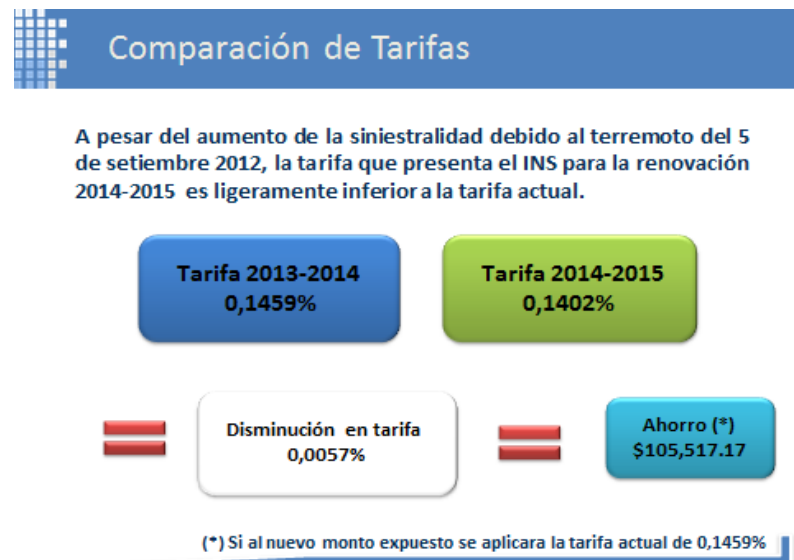
Situación Propuesta Periodo 2014 - 2015

Monto Expuesto	US \$ 1.824.904.189,08
Monto Asegurado	US \$ 200.000.000 (Primera Pérdida)
Prima	US \$ 2.557,748,00 Tarifa 0,1402%
Vigencia	Del 01 de mayo 2014 al 30 de abril 2015

9)



10)



11) Dictamen técnico:

Informe presentado por el Área Administración y Aseguramiento de Bienes en oficio AAAB-165-2014/SGAB-169-2014 del 04 de abril del 2014, suscrito por la Licda. Auxiliadora Villalta Gómez, Jefe de la citada Área y la Licda. Sileny Espinoza Acosta, Jefe Sub Área Gestión Aseguramiento de bienes, mediante la cual se recomienda la renovación de la póliza con el Instituto Nacional de Seguros para el período 2014-2015

12)



13) Conclusiones:

Con la información recibida se concluye que la oferta del INS atiende satisfactoriamente los requerimientos solicitados.

El INS ofrece un producto acorde con nuestra solicitud de cotización, mejorando algunos puntos que garantizan a la CCSS un mejor tratamiento de las posibles indemnizaciones, lo cual sugiere un mejor balance entre prima, deducible, cobertura y exclusiones. Además es más económica en \$55.252,00 que la oferta de ASSA.

En cuanto a la calidad del respaldo de reaseguro el INS certifica que los reaseguradores contratados son de primer orden.

En relación a la calidad del respaldo financiero, el INS manifiesta que cuenta con la garantía del Estado, con datos proyectados a diciembre 2013 correspondientes a valor de sus activos de \$2.972 millones y un patrimonio de \$1.260 millones.

14) Conclusiones:

La calificación Nacional de Riesgos del INS es AAA, según calificadora Fitch Ratings a 08-2013 y a nivel internacional de A con base en la evaluación de AM Best a 02-2013.

No se omite manifestar que con la oferta del INS quedan cubiertos todos los edificios, equipos, maquinaria, mobiliario y mercadería de la CCSS bajo la modalidad de Primera Pérdida a valor convenido, con el adicional de una serie de coberturas y sublímites que generan coberturas especiales, de importante valor agregado para la Institución.

La oferta de ASSA dispone de términos técnicos que ponen en riesgo una posible indemnización; como lo son: Primera pérdida relativa (infraseguro), Equipo Electrónico como sublímite, Gastos Extra con un tope de indemnización muy inferior al cotizado por

el INS. Aunado a ello ASSA no cotiza sublímite Traslado Temporal de Bienes, sublímite Reinstalación Automática de Bienes, tres (3) pruebas de rendimiento de sistemas de combate de incendios ni Tres (3) inspecciones de Seguridad Humana.

15) Recomendación:

De conformidad con los antecedentes citados y con vista en el oficio DFC-0709-14 del 10 de abril del 2014 suscrito por el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable, se recomienda a la Junta Directiva la renovación de la Póliza 02-01-INM-Todo Riesgo para el período 01 de mayo del 2014 al 30 de abril del 2015, en las siguientes condiciones:

- *Aumentar el valor expuesto a \$1.824.904.189,08 que incluye la totalidad de los edificios, equipos, mobiliario, maquinaria y la mercadería de la Institución.*
- *Mantener la cobertura de \$ 200 millones.*
- *Aprobar el pago de la prima anual por \$2,557.748,00, que incluye la Póliza de Responsabilidad Civil con una prima de \$1.923,00.*

16) Propuesta de acuerdo:

Con base en las consideraciones precedentes, teniendo a la vista el oficio DFC-0709-14 del 10 de abril del 2014, suscrito por el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable y el oficio GF-23184, del 23 de abril de 2014, suscrito por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, la Junta Directiva acuerda:

“Aprobar la renovación de la Póliza 02-01-INM-Todo Riesgo para el período 01 de mayo 2014 al 30 de abril del 2015 bajo las siguientes condiciones:

CRITERIO	CONDICIONES
Monto Expuesto	\$ 1.824.904.189,08
Primera Pérdida	\$ 200.000.000,00
Prima	\$ 2.557.748,00

Es importante indicar que el monto de la prima contempla \$1.923,00 de la Póliza Básica de Responsabilidad Civil (RC).

La Gerencia Financiera tramitará lo correspondiente para la asignación de los recursos económicos necesarios para hacerle frente a las erogaciones que se derivan de esta renovación”.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GF-23.184-14 del 23 de abril del año en curso que firma el señor Gerente Financiero y, en lo pertinente, literalmente se lee así:

“RESUMEN EJECUTIVO

Anualmente, la Junta Directiva aprueba la suscripción de la póliza Todo Riesgo Daño Físico, mediante la cual se aseguran las edificaciones, equipos y materiales y suministros que la Institución posee para la prestación de servicios.

La póliza actual vigente vence el 30 de abril del 2014 por lo que se requiere la renovación de la misma para el período que va del 1° de mayo del 2014 al 30 de abril del 2015, y para lo cual se solicitaron las cotizaciones correspondientes a las aseguradoras autorizadas por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE).

De las cotizaciones solicitadas MAPFRE y Oceánica de Seguros S.A. no presentaron ofertas, recibiendo únicamente las de ASSA y del Instituto Nacional de Seguros. ASSA oferta una prima de \$2.613.000,00 y el Instituto Nacional de Seguros oferta una prima de \$2.557.748,00, de donde se desprende que la oferta del Instituto Nacional de Seguros es la de menor precio con respecto a la oferta de ASSA en \$ 55.252.

I) ANTECEDENTES

En el artículo 8° de la sesión N° 8136 del 1° de marzo del 2007, la Junta Directiva aprobó la modalidad de seguro “Todo Riesgo”, y a partir de ese momento, anualmente se han venido aprobando las renovaciones de la póliza suscrita con el Instituto Nacional de Seguros según se detalla seguidamente.

PERÍODO	MONTO EXPUESTO	PRIMA	TARIFA	% TARIFA
2007-2008	\$1.014.361.719.00	\$2.161.497.69	0,002131	0.213%
2008-2009	\$1.026.523.415.72	\$2.044.118.19	0,001991	0.199%
2009-2010	\$1.270.487.113.42	\$2.258.405.05	0,001778	0.177%
2010-2011	\$1.363.462.586.13	\$2.316.883.59	0,001699	0.169%
2011-2012	\$1.403.086.062.72	\$2.075.866.00	0.001480	0.148%
2012-2013	\$1.410.599.955.72	\$2.080.084.57	0.001475	0.147%
2013-2014	\$1.553.545.243,00	\$2.267.243.93	0.001459	0.145%

Para la renovación de la póliza correspondiente al período 2014-2015, se consideraron los siguientes aspectos:

- Artículo 7 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N° 8653 del 22 de julio del 2008 que dice:

“El Estado ejercerá la actividad aseguradora por medio del INS y las sociedades anónimas que establezcan entre bancos públicos y el INS. En virtud del principio de unicidad del Estado, tanto el Gobierno central como las demás instituciones del Sector Público, reconocen al INS como la única empresa de seguros del Estado. Para ello, el Estado contratará directamente con el INS todos los seguros necesarios para la satisfacción de sus necesidades, siempre que el INS ofrezca condiciones más favorables

considerando prima, deducible, cobertura y exclusiones, así como la calidad del respaldo financiero y respaldo de reaseguro”.

- Criterio C-132-2010 del 6 de julio del 2010 donde la Procuraduría General de la República analiza el artículo 7 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y en cuya conclusión 5 señala:
“5) Para estos efectos, el término Estado comprende no solo los tres Poderes del Estado y sus órganos desconcentrados sino también las instituciones estatales y empresas públicas estatales”.
- Oficio PE-2010-0972 del 9 de agosto del 2010 de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros que indica:
“...el Instituto Nacional de Seguros le garantiza al Estado y sus instituciones que en última instancia siempre ofrecerá la mejor oferta del mercado, no solo en precio, sino en coberturas, deducibles y servicios, y en ese sentido (...) cualquier oferta de cualquier entidad privada será mejorada”.
- Criterio SJ-9101-2008 del 18 de noviembre del 2008 de la Dirección Jurídica que indicó:
**“Los artículos 7 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, 2 inciso b de la Ley de Contratación administrativa, permiten a la administración contratar la suscripción de pólizas directamente con el INS, en el tanto que esa institución ofrezca las mejores condiciones respecto a las demás aseguradoras que están habilitadas para brindar el servicio.
 No obstante, si para el momento en que la Administración debe comenzar a tramitar la renovación de las pólizas actuales, procede a realizar un estudio de mercado previo con las aseguradoras proveedoras del servicio requerido que haya en el país, y verifica que hay mejores opciones a contratar que el INS, lo correcto es que se tramite una contratación concursada, en atención a las reglas de Contratación Administrativa vigentes, según el artículo 27 de la Ley de Contratación Administrativa, entre otros criterios a considerar”.**

Con los elementos anteriores se solicitaron cotizaciones para la renovación de la póliza período 2014-2015 a las aseguradoras registradas ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE): MAPFRE, ASSA Compañía de Seguros, Oceánica de Seguros S.A., Instituto Nacional de Seguros, con los siguientes resultados

- ✓ MAPFRE y Oceánica de Seguros S.A., no dieron respuesta a la solicitud de cotización
- ✓ ASSA cotizó una prima de \$ 2.613.000,00
- ✓ INS cotizó una prima de \$2.557.748,00

COSTO DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA PÓLIZA INSTITUCIONAL

Para el período actual 2013-2014, el monto expuesto es de \$1.553.545.243. Por su parte para el período 2014-2015 se propone un monto expuesto \$1.824.904.189,08, lo cual representa un

incremento de \$ 271.358.946,08, correspondiente a la actualización de los costos del Sistema de Suministros, Bienes Muebles y la actualización general del valor del metro cuadrado de construcción de las edificaciones institucionales, para lo cual se tomó el valor de la última versión de las Tipologías Constructivas del Ministerio de Hacienda.

Con el nuevo cálculo por metro cuadrado (m²) de construcción, el monto expuesto en el **rubro de edificio** para el período 2014-2015 corresponde a \$ 1.350.797.330, lo cual representa un incremento con respecto al monto del período 2013-2014 de \$246.502.470, o sea un 22.32%.

DIFERENCIA EN EL RUBRO DE EDIFICIO

PERÍODO RENOVACIÓN	RUBRO EDIFICIO
2013-2014	\$1.104.294.860
2014-2015	\$1.350.797.330
Incremento absoluto	\$246.502.470
Incremento porcentual	22.32%

ANALISIS DE LAS OFERTAS

En el anexo 1, del oficio AAAB-165-14/SAGB-169-14, del 04 de abril de 2014, suscrito por el Área de Administración y Aseguramiento de Bienes, contiene el análisis de las ofertas presentadas por el Instituto Nacional de Seguros y ASSA.

Del análisis efectuado, se determina que la oferta del INS atiende satisfactoriamente los requerimientos solicitados.

El INS ofrece un producto acorde con la solicitud de cotización, mejorando algunos puntos que garantizan a la CCSS una mejor tratamiento de las posibles indemnizaciones, lo cual sugiere un mejor balance entre prima, deducible, cobertura y exclusiones; razones suficientes para considerar que es la única oferta que alcanza la debida satisfacción del interés general o de evitar daños o lesiones a los intereses públicos. Además, es \$55.252,00 más económica que la oferta de ASSA.

En cuanto a la calidad del respaldo de reaseguro mediante el oficio DCC-02637-2014, el INS certifica que los reaseguradores contratados son de primer orden y que presentan una calificación internacional de AA, AA-, A-, A+.

En cuanto a la calidad del respaldo financiero, el INS manifiesta que cuenta con la garantía del Estado, con datos proyectados a diciembre 2013 correspondientes a valor de sus activos de \$2.972 millones y un patrimonio de \$1.260 millones.

La calificación Nacional de Riesgos del INS es AAA, según calificadora Fitch Ratings al 08-2013 y a nivel internacional de A con base en la evaluación de AM Best al 02-2013.

Con la oferta del INS quedan cubiertos todos los edificios, equipos, maquinaria, mobiliario y mercadería de la CCSS bajo la modalidad de Primera Pérdida a valor convenido, con el adicional

de una serie de coberturas y sublímites que generan coberturas especiales, de importante valor agregado para la Institución.

La oferta de ASSA dispone de términos técnicos que perjudican una posible indemnización; como lo son: Primera pérdida relativa (infraseguro), Equipo Electrónico como sublímite, Gastos Extra con un tope de indemnización muy inferior al cotizado por el INS. Aunado a ello ASSA no cotiza lo siguiente:

- Sublímite Traslado Temporal de Bienes.
- Sublímite Reinstalación Automática de Bienes.
- Tres (3) pruebas de rendimiento de sistemas de combate de incendios.
- Tres (3) inspecciones de Seguridad Humana.

COMPARACIÓN DE LA OFERTA DEL INS CON EL ASEGURAMIENTO ACTUAL

A continuación se presenta un cuadro comparativo de las condiciones principales de la póliza vigente y la propuesta para el período 2014-2015:

Comparación de las condiciones actuales y propuestas

Criterio	Póliza Actual 2013-2014 (**)	Oferta 2014-2015	Diferencia
Condiciones que han variado			
Monto Expuesto	\$1.553.545.243,00	\$1.824.904.189,08	(+) \$271.358.946,08
Prima	\$2.267.243,93	\$ 2.557.748,00	(+) \$290.504,07
Tarifa	0,1459%	0,1402%	(-) 0,0058%
Deducible Eventos Catastróficos	2% de la suma asegurada del rubro afectado de la ubicación afectada, mínimo de US \$45,000.	2% de la suma asegurada del rubro afectado de la ubicación afectada, mínimo de US \$45,000.	(+) A excepción de la zona del Hospital San Juan de Dios con un 1%.
Condiciones que se han mantenido sin cambios			
Primera Pérdida	\$200.000.000,00		
Deducible Otros Riesgos	\$1.000.000,00 toda y cada pérdida, excepto para las ubicaciones menores de US \$2.000.000,00 aplica US \$10.000,00		

(**) Fuente: Acuerdo Junta Directiva CCSS, Artículo 31° de la sesión N° 8633 celebrada el 04 de abril de 2013, oficio N° 23.335.

Del análisis del cuadro anterior, se destacan los siguientes aspectos.

1. Para la renovación del período 2014-2015 el monto expuesto aumenta en \$ 271.358.946,08 el cual se sustenta en la actualización de montos por concepto de mercaderías y la actualización del monto expuesto de los edificios.
2. Con respecto al período 2013-2014, la prima aumenta en \$ 290.504.07.
3. Si se aplicara al nuevo monto expuesto de \$1.824.904.189,08 para el período 2014-2015 la tarifa vigente de 0.1459% el monto de la prima asciende a \$2.663.265.71. No obstante, al reducirse la tarifa al 0.1402% se obtiene un ahorro en la prima de \$ 105.517.17, según se aprecia en el cuadro siguiente:

Monto expuesto 2014-2015	Tarifa 2013-2014	Tarifa 2014-2015	Monto prima
\$1.824.904.189.08	0.1459%		\$2.663.265.17
\$1.824.904.189.08		0.1402%	\$2.557.748,00
AHORRO			\$105.517.17

MEJORAS EN EL PRODUCTO

Con la nueva oferta del INS para el período 2014-2015, se mejoran las condiciones del producto con las siguientes coberturas:

- Se amplían los gastos de remoción de escombros, pasando de un 1% a un 2% de la suma asegurada por ubicación.
- Se amplía la reinstalación automática de bienes, pasando de un 1% a un 5% de la suma total asegurada.
- Se obtiene la cobertura de Equipo Electrónico, en lugar de un sublímite de \$3.500.000,00.
- Cobertura de Gastos Extra por \$2.000.000,00 sin pago de prima adicional.
- El deducible de Robo bajó de \$3.500,00 a \$2.500,00.
- Incluye sublímite de Infidelidad por \$50.000,00 para Equipo Electrónico.
- El deducible de Transporte Terrestre Incidental disminuyó de \$3.500,00 a \$2.500,00.
- El sublímite de Responsabilidad Civil General aumentó de \$100.000,00 a \$150.000,00 y la póliza Básica de Responsabilidad Civil pasó de \$20.000,00 a \$200.000,00.
- El sublímite de Inclusión y Amparo Automático de Bienes pasó de 180 días a 240 días.
- Capacitaciones certificadas y de alta calidad en conjunto con el Reasegurador.
- Considerando que por el terremoto del pasado 5 de setiembre del 2012 la siniestralidad tiende a aumentar, era de esperar que la tarifa también se incrementara, sin embargo se obtuvo una ligera disminución de la tarifa para esta nueva renovación, lo cual representa una de las principales mejoras en la oferta del INS, a pesar que el monto expuesto aumento alrededor de un 15%, básicamente por el aumento de los valores por metro cuadrado de construcción de la tipologías constructivas del Ministerio de Hacienda.
- La tarifa se reduce de 0,1459 a 0,1402.

Tal situación no es accidental, por el contrario es el reflejo de la labor de campo en la identificación y el manejo de los riesgos en las diferentes unidades de la institución, capacitación y enseñanza por medio de exposiciones, para crear una cultura preventiva en la administración de los diferentes factores de riesgos por parte de los ingenieros de la Subárea Gestión Aseguramiento de Bienes.

II DICTAMEN TECNICO

Oficio DFC- 709-14, del 10 de abril de 2014, suscrito por la Dirección Financiero Contable.

III CONCLUSIONES

- Con la información recibida se concluye que la oferta del INS atiende satisfactoriamente los requerimientos solicitados.
- El INS ofrece un producto acorde con nuestra solicitud de cotización, mejorando algunos puntos que garantizan a la CCSS una mejor tratamiento de las posibles indemnizaciones, lo cual sugiere un mejor balance entre prima, deducible, cobertura y exclusiones; razones suficientes para considerar que es la única oferta que alcanza la debida satisfacción del interés general o de evitar daños o lesiones a los intereses públicos. Además, es \$55.252,00 más económica que la oferta de ASSA.
- En cuanto a la calidad del respaldo de reaseguro se adjunta el oficio DCC-02637-2014, mediante el cual el INS certifica que los reaseguradores contratados son de primer orden y que presentan una calificación internacional de AA, AA-, A-, A+.
- En cuanto a la calidad del respaldo financiero, el INS manifiesta que cuenta con la garantía del Estado, con datos proyectados a diciembre 2013 correspondientes a valor de sus activos de \$2.972 millones y un patrimonio de \$1.260 millones.
- La calificación Nacional de Riesgos del INS es AAA, según calificadora Fitch Ratings al 08-2013 y a nivel internacional de A con base en la evaluación de AM Best al 02-2013.
- No se omite manifestar que con la oferta del INS quedan cubiertos todos los edificios, equipos, maquinaria, mobiliario y mercadería de la CCSS bajo la modalidad de Primera Pérdida a valor convenido, con el adicional de una serie de coberturas y sublímites que generan coberturas especiales, de importante valor agregado para la Institución.
- La oferta de ASSA dispone de términos técnicos que perjudican una posible indemnización; como lo son: Primera pérdida relativa (infraseguro), Equipo Electrónico como sublímite, Gastos Extra con un tope de indemnización muy inferior al cotizado por el INS. Aunado a ello ASSA no cotiza lo siguiente:
 - Sublímite Traslado Temporal de Bienes.
 - Sublímite Reinstalación Automática de Bienes.
 - Tres (3) pruebas de rendimiento de sistemas de combate de incendios.
 - Tres (3) inspecciones de Seguridad Humana.

IV RECOMENDACIÓN:

De conformidad con los antecedentes citados y con vista en el oficio N° DFC-0709-14 del 10 de abril del 2014 suscrito por el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable, se recomienda a la Junta Directiva la renovación de la Póliza 02-01-INM-Todo Riesgo para el período 1° de mayo del 2014 al 30 de abril del 2015, en las siguientes condiciones:

1. Aumentar el valor expuesto a \$1.824.904.189,08 que incluye la totalidad de los edificios, equipos, mobiliario, maquinaria y mercadería de la Institución
2. Mantener la cobertura de \$200 millones.
3. Aprobar el pago de la prima anual por \$2.557.748 que incluye la Póliza de Responsabilidad Civil con una prima de \$1.923,00”,

teniendo a la vista el oficio número DFC-0709-14 del 10 de abril del 2014, suscrito por el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable, y con base en la recomendación del licenciado Picado Chacón, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar la renovación de la Póliza 0201-INM-126-01 Todo Riesgo para el período 1° de mayo del año 2014 al 30 de abril del año 2015, bajo las siguientes condiciones:

Criterio	Condiciones
Monto Expuesto	US\$1.824.904.189,08
Primera Pérdida	US\$200.000.000,00
Prima	US\$2.557.748,00

El monto de la prima contempla \$1.923,00 (mil novecientos veintitrés dólares) de la Póliza Básica de Responsabilidad Civil (RC).

La Gerencia Financiera tramitará lo correspondiente para la asignación de los recursos económicos necesarios, para hacer frente a las erogaciones que se derivan de esta renovación.

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 63°

Se presenta el oficio número CJ-267-2014, firmado por la Jefa de la Comisión Permanente Especial de Seguridad y Narcotráfico de la Asamblea Legislativa, por medio del que se consulta el Proyecto “*Ley del servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena*”, **DICTAMEN AFIRMATIVO**”, expediente N° 18.867.

Se solicitó el criterio unificado de las Gerencias Médica y Financiera; se recibe el oficio N° GF-23.926-14, firmado por el Gerente Financiero, que literalmente se lee de este modo:

“Mediante el oficio JD-PL-008-14 del 10 de abril de 2014, se solicita a las Gerencias Médica y Financiera emitir criterio respecto al proyecto de ley citado en el epígrafe y tramitado bajo el expediente N° 18.867, debiendo esta última unificar los criterios correspondientes para la sesión del 24 de abril de 2014.

En ese sentido y dado que se ha estimado pertinente solicitar criterio a la Gerencia Médica, se le solicita de la manera más atenta, gestionar ante la Comisión Permanente de Especial de Seguridad y Narcotráfico de la Asamblea Legislativa, la concesión de una prórroga del plazo indicado en el oficio CJ-267-2014 del 10 de abril de 2014, por quince (15) días hábiles más para la remisión del criterio institucional.

Así las cosas y con el aval requerido, se estaría presentando el criterio de marras, según lo agende la oficina a su cargo”,

y, por lo expuesto, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante una prórroga de quince días hábiles para externar criterio.

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.

ARTICULO 64°

Por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** reprogramar para la sesión del 7 de los corrientes, los siguientes asuntos:

1. Gerencia Financiera.

- a) **Atención artículo 3°, sesión N° 8711:** solicitud presentación informe complementario con la respectiva propuesta de acuerdo en relación con: *“Nuevo Modelo de Gestión Administrativa, Logística y Financiera de la CCSS”*. Evaluación del Estado actual del Proyecto *“Modernización del Sistema Financiero de la CCSS”* y propuesta de acciones para su reorientación y mitigación de riesgos durante su ejecución e implementación. (Ref.: oficio N° GF-22.830-14).

2. Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

- a) **Oficio N° GIT-0401/GM-3046-2014** de 31 de marzo del año 2014, firmado por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías: Informe avance del Proyecto de Angiografía para los Hospitales México, San Juan de Dios y Hospital Calderón Guardia.
- b) **Oficio N° GIT-0545/GM-2959-2014** de 07 de abril del año 2014, suscrito por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías: Informe avance Proyecto Salud Mesoamérica 2015.

3. Gerencia Administrativa.

- a) **Oficio N° GA-19.386-14** de fecha 22 de abril del año 2014, suscrito por el Gerente Administrativo: atención artículo 28°, sesión N° 8692: propuesta modificación de los

artículos 8; 9, 12; 13; 19 y 22 del Reglamento de Concursos para el nombramiento en propiedad en la CCSS.

- b) **Oficio N° GA-19.434-14** de fecha 25 de abril del año 2014, que firma el Gerente Administrativo: propuesta *“Reglamento para las declaratorias de interés institucional de actividades en la CCSS”*.

Por otra parte y en el caso de la Gerencia de Pensiones, **se acuerda** reprogramar para la sesión del 5 de los corrientes, la presentación del **oficio N° GP-16.092-14** de fecha 03 de marzo del 2014: informe de Evaluación Anual-Operativo Presupuesto, año 2013.

ARTICULO 65°

Se toma nota de lo informado por el Director Meléndez González, en el sentido de que no le será posible participar, en la sesión del 15 de mayo próximo, en la tarde.

A las dieciocho horas con cuarenta minutos se levanta la sesión.