

Jueves 18 de septiembre de 2014

N° 8738

Acta de la sesión ordinaria número 8738, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 18 de septiembre de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves y Lic. Gutiérrez Jiménez; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La Directora Alfaro Murillo y el Director Alvarado Rivera que informaron que retrasarán su llegada a esta sesión.

### **ARTICULO 1°**

Comprobación de quórum.

Están presentes todos los señores Directores, salvo la Directora Alfaro Murillo y el Director Alvarado Rivera que informaron que retrasarán su llegada a esta sesión.

### **ARTICULO 2°**

Se somete a consideración **y se aprueba** la agenda para la sesión de esta fecha, con las observaciones planteadas por el Director Devandas Brenes que se detallan.

El Director Devandas Brenes sugiere que en la agenda, dentro de los aspectos estratégicos se incluyan los de mediano y largo plazo, así como los fundamentales y, los otros que son de conocimiento inmediato. Por ejemplo, los temas relacionados con la calificación del Hospital San Vicente de Paul y los quirófanos del Hospital México, no son estratégicos. Realiza la observación respecto de la agenda, dado que la Dra. Sáenz Madrigal había planteado que hoy se iba a establecer un cronograma de puntos estratégicos, en términos de cuándo se va a tener el Plan del Modelo de Salud, el Modelo Financiero, le pareció que esos temas iban a formar parte de los aspectos estratégicos. Por otro lado, está de acuerdo en que se analicen los temas de acuerdo a como están planteados en la agenda de primero.

### **ARTICULO 3°**

Meditación a cargo del Director Fallas Camacho, quien da lectura a la comunicación del 4 de agosto del año 2014, dirigida a la señora Presidenta Ejecutiva y a él, por parte del doctor Juan Jaramillo Antillón.

Seguidamente, se transcribe en forma literal la nota en referencia:

*“A en razón del editorial del 1 de agosto del 2014 de La Nación, sobre el Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia (HCG). Paso a contarles mi última experiencia ahí, el sábado 26 de Julio.*

*En 1995 a raíz de unas declaraciones del entonces presidente de la república José María Figueres, de que había recibido una excelente e inmediata atención en el Hospital*

*México debido a una emergencia de salud que tuvo. Por la prensa señalé en un artículo (LA NACION 13 de julio de 1995, pág 13- con el título. EL SEÑOR PRESIDENTE Y EL SEGURO SOCIAL), que en los servicios médicos de la CCSS se daba ahora en ese año de 1995, bajo la amarga paradoja, de que para ser rápidamente y bien atendido en un hospital de la Caja, uno debe llegar como emergencia o con una enfermedad muy grave, y entonces es bien y oportunamente atendido, pero si uno llega con una emergencia no tan graves, pasan horas para que lo atiendan y si se trata de una enfermedad, pasaran semanas o meses para ser atendido. De tal manera que hoy, como hace 20 años, la Caja continúa dando servicios de primer mundo y de tercer mundo a sus pacientes según sea lo grave de su enfermedad.*

*Ese sábado 26 a las 9 am, me llamó un amigo, de pocos recursos económicos, y me dijo que se sentía muy mal, con dolor de cabeza severo, mareos, pérdida de la sensibilidad de los labios y de los miembros superiores y visión borrosa, qué que hacía. Le dije que dado que estaba en Curridabat, se fuera de inmediato a Emergencias del HCG y que yo iba para ahí. Cuando llegué lo encontré en las gradas de la entrada sentado pálido y frío, le tomé la presión y estaba en 176 por 105 y con 110 de pulso. Se trataba pues de una crisis hipertensiva. Le pregunté dije que por estaba sentado afuera en las gradas y me dijo, porque no hay sillas adentro, están todas ocupadas, y además, porque la persona a la que le pedí ayuda en emergencias, revisó mis papeles y me dijo que me correspondía el San Juan de Dios y no me podían atender ahí.*

*De inmediato en mi silla de ruedas ya que estoy impedido para caminar, ingrese, el primero que me impidió pasar fue el guarda, ya que con 15 años de pensionado, todo el personal que hay ahí es nuevo y no me conocen, felizmente pasaba un “vieja” enfermera que me reconoció y le dijo al guarda que me dejara pasar. Le conté el problema de mi amigo y me dijo que fuera a la dirección o jefatura de emergencias y hablara con el jefe. Fui a esa oficina y no había nadie y estaba apagada la luz, al parecer no había ese día director o jefe de emergencias según me manifestaron, algo grave a mi juicio sobre todo en esos días en que son los de más recargo de enfermos.*

*Me fui buscando una cara médica conocida y finalmente un joven doctor me conoció y se ofreció a ayudarme, me dijo, que metiera al paciente al área de consulta externa de emergencias. Apoyado en mi chofer, llevamos al enfermo a esa área, lamentablemente no había, ni camillas (las pocas que habían, estaban ocupadas por pacientes en mal estado, espera de estudios o de ser internados), ni sillas de ruedas (vi solo unas pocas), y ni siquiera una silla fija (de las que están pegadas a la pared), todas estaban ocupadas por pacientes esperando consulta, después de una hora de esperar, y como el enfermo ya no se podía sostener en pie, me decidí entrar a conversar con la médica que daba consulta externa, la Dra. Laura Chacón y su ayudante el Dr. Gustavo A Roldán; me presenté y les conté el caso, y ella muy gentilmente de inmediato paso al enfermo y con otro colega lo examinó, hizo los diagnósticos probables e inmediatos, lo envió al área de inyectable para que le pusieran unos medicamentos y un suero de emergencia y que lo volviera a traer y si no mejoraba lo internaba.*

*Fuimos caminando a emergencias por pasillos llenos de pacientes en camillas solos o acompañados de algún familiar. En Inyectables, había en ese momento 19 pacientes sentados en las sillas del corredor, recibiendo sueros puestos por la única enfermera que había, la cual al mismo tiempo: a) controlaba la puesta de sueros. B) recibía a los pacientes nuevos, les ponía inyecciones IM y si era necesario sueros (había solo dos camillas para acostar e inyectar a los enfermos en el consultorio de inyectables), esta*

*excelente enfermera, la Lic. Julia Gutiérrez Rodríguez. (EA10153), se multiplicaba en forma extraordinaria y con gran talante y misericordia atendía a todos, pese a que los enfermos muchos por el dolor o su mal estado actuaban un poco agresivamente, como uno, en una silla de ruedas y con una fractura y gran dolor, al que inyectaba para calmarle el mismo. Es extraordinario como los enfermos pese a la incomodidad en que son atendidos, se aguantan horas de consulta y tratamientos.*

*De inmediato, la enfermera, inyectó IM a mi amigo, le puso dos sueros pequeños con medicamentos y un suero de 1 litro a pasar en dos horas. Como ya un enfermo había terminado de pasarle el suero le dijo que le diera la silla a mi amigo para aplicarles los sueros mediante ganchos puestos en las paredes.*

*Para las 2 pm, ya el paciente se sentía mejor, regresamos a la consulta externa y la Dra. Chacón, le recetó medicamentos para tomar y que fuera el lunes a la consulta del especialista.*

*Lo que aquí les cuento, es exactamente lo mismo que relaté en mi libro LA CRISIS DEL SEGURO SOCIAL, de la visita que hice a Emergencias del HCG y del México hace uno dos años. Eso está al inicio del libro, cuando señalaba que uno de los más graves problemas de la CCSS, era resolver las fallas de los servicios de emergencias, por la índole de los pacientes y por ética y misericordia. Lamentablemente, esto continúan igual, ya que la falta de buenas plantas físicas, equipo y personal son muy graves, lo que si me llenó de satisfacción fue ver como el personal pese a las deficiencias (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.) buscan la manera de solventar los problemas y todos lo hacían con buen trato, aunque creo que cuando llega la tarde o la noche el agotamiento los hará cambiar esa buena forma de tratar a los pacientes, debido a la enorme cantidad de enfermos. En los 10 minutos que esperé el carro para llevar al enfermo a su casa, llegaron 5 ambulancias y según me dijo el guarda, en la mañana había llegado más de 50 ambulancias, y eso que la mayoría de los enfermos llegan por su cuenta.*

*Les cuento esto, porque, sólo yendo un sábado a ver esta situación a dicho servicio de Emergencias del HCG, pueden ustedes constatar la gravedad de este problema y creo que si lo observan, ésa va a ser la principal prioridad a resolver en la Caja. En mi último libro, señalo las posibles fuentes de nuevos ingresos económicos independientes de los presupuestos de la Caja, para mejorar los servicios a la mayor brevedad y las razones para ello”.*

El Director Fallas Camacho refiere que le pareció oportuno leer esta carta, porque le recuerda el problema que se está viviendo. Tiene la sensación de que están haciendo falta camas para la atención de pacientes, aunque no lo indica, abiertamente, porque no tiene los elementos, pero considera que es menester realizar esos estudios, para redefinir esos estándares que se están trabajando, en función de fortalecer la Red de Servicios Hospitalaria Nacional. Recuerda que los Hospitales del Área Metropolitana, son Hospitales que han cumplido un papel fundamental, en la atención de los enfermos en Costa Rica, pero el país se transformó y es necesario proyectar, sobre todo lo técnico para definir la Caja del futuro. Pregunta que es lo que se tiene que hacer y si no se hace, va a suceder con la problemática de los pacientes de la tercera edad. Estima que el tema se analiza desde hace 10 años, pero la Dra. Sáenz Madrigal señala que desde hace 20 años, se está abordando el problema del envejecimiento de la población. Le preocupa que se indica pero no se concretiza con acciones, donde esa persona requiere la atención, dado que están llenos de problemas y de enfermedades crónicas y lo más grave del caso, es que ni siquiera se ha fortalecido, apropiadamente, las acciones de prevención para no tener que buscar una consulta

privada. Reitera su preocupación, porque algo le sucede al Modelo de atención y se está convirtiendo en un Modelo muy caro, *“porque están llegando a atender los pacientes cuando demanda una atención de mayor sofisticación, por su delicadeza y sus complejidades que requieren de equipo, personal y planta física”*. Aprovecha la nota del doctor Juan Jaramillo para dejar esa inquietud, en el pensamiento de los Miembros de la Junta Directiva, para que cuando se realice el análisis del quehacer del Órgano Colegiado, lo tengan presente una vez más. Agradece a los Miembros de la Junta Directiva.

La señora Presidenta Ejecutiva agradece al doctor Fallas Camacho la reflexión, que reflejada en la agenda del día de hoy, es muy importante.

El Director Devandas Brenes señala que existe mucha insatisfacción de una directriz con buena intención, que se estableció para impedir que en la atención de emergencias, los acompañantes ingresen con el paciente, pero ha estado siendo interpretada sin análisis, dado que algunos pacientes requieren la compañía de una persona, por diversas razones y no se está permitiendo. Entiende la norma para impedir una aglomeración de personas, pero solicita a la Gerencia Médica revisar la norma, a efecto de que los Guardas que son los que la aplican, contemplen las situaciones especiales como ancianos, incluso, personas que no se puedan valer por sí mismas y requieren una compañía. Ha tenido conocimiento de manifestaciones negativas de los usuarios del servicio, por medio de las redes sociales e, incluso, en un programa de radio se manifestaron esas inconformidades.

La Dra. Sáenz Madrigal toma nota de lo indicado, para que se le dé seguimiento al asunto y se revise el tema.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; el licenciado Albán de la O Espinoza, funcionario de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud; la licenciada Roxana Aguilar Arguedas del Equipo Intergerencial Análisis y Seguimiento Financiero; la doctora Viviana Aragón Gómez de la Gerencia Médica, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

#### **ARTICULO 4º**

La señora Gerente Médico presenta el oficio N° GM-SJD-5602-2014, de fecha 11 de setiembre del año 2014, por medio del que se presenta el informe sobre la clasificación actual del Hospital San Vicente de Paúl.

La presentación está a cargo del licenciado Albán de la O, con el apoyo de las siguientes láminas:

- 1) Análisis técnico del Nivel de Complejidad Actual del Hospital San Vicente de Paul  
Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

2) Antecedentes.

División de Mideplan.

Criterios técnicos:

- Análisis y Proyección de Servicios de Salud (2013).
- Revisión de la normativa vigente RGH (2012).

3) Objetivos del análisis.

**Objetivo General**

Analizar el nivel de complejidad respecto a la pertinencia de modificar la categoría del Hospital San Vicente de Paúl para clasificarlo como Hospital Regional.

**Objetivos Específicos.**

Revisar el marco legal y normativo vigente, referente a la clasificación de Hospitales  
Identificar las características de la oferta de servicios del Hospital San Vicente de Paúl en relación a la normativa vigente y a la oferta de servicios de centros regionales y periféricos.

Considerar el dato de población en relación a la totalidad de personas adscritas al centro en comparación con centros regionales.

Revisar estudios y criterios anteriores relacionados al San Vicente de Paúl y a otras solicitudes con objetivos similares.

Recomendar según los resultados del análisis.

4) Metodología utilizada en el análisis.

- Revisión de la normativa vigente.
- Análisis de la Red de Servicios del Hospital San Vicente de Paúl.
- Análisis de la Oferta de Servicios.
- Actualización del dato de Población.
- Revisión de estudios anteriores con temas relacionados.

5)

- Esquema
- Para elaborar el análisis.
  - Normativa Vigente.
    - Reglamento General del Sistema Nacional de Salud.
    - Reglamento General de Hospitales.
  - Red de Servicios.
  - Población total adscrita.
    - Población directa e indirecta.
      - Comparación de la población con centros de igual nomenclatura.
  - Comparación de oferta registrada con centros regionales y periféricos.
  - Grupos relacionados de diagnóstico.
  - Presupuesto.

## 6) Revisión de la Normativa Vigente

**Cuadro 1****Resumen del Reglamento General del Sistema General de Salud**

Hospital	Definición
<b>Hospital Nacional General</b>	Artículo 20- El Hospital General de nivel nacional es el establecimiento de la máxima capacidad resolutive en la atención médica con las especialidades de medicina, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría y las subespecialidades que se deriven de cada una de ellas. Son además centros de enseñanza y capacitación de profesionales, técnicos y personal administrativo de salud, así como investigación médica y/o de salud en diversas modalidades en coordinación con centros e instituciones que desarrollen actividades de estas áreas. Cuentan con la infraestructura física y recursos técnico-administrativos para el desarrollo de su capacidad resolutive acorde a su nivel.
<b>Hospital Regional</b>	Artículo 22 - Se entiende por Hospitales Regionales aquellos que se encuentran ubicados generalmente en la ciudad sede de la región programática de salud. Son hospitales generales con especialidades de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría y las subespecialidades de mayor demanda en la región. Como apoyo a los niveles de menor complejidad de la región. Las dotaciones de camas están distribuidas no solo en los servicios básicos (medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia), sino en aquellas especialidades que se demanden de acuerdo con los patrones de morbilidad en su área de atracción. La capacidad instalada en cuanto a instalaciones físicas debe desarrollarse paralelamente a la dotación de equipo médico-quirúrgico según los niveles de complejidad establecidos. Imparten docencia.
<b>Hospital Periférico 3</b>	Artículo 23 - Se entiende por Hospital Periférico tipo 3, a aquellos que constituyen el respaldo de los puestos de salud y clínicas de consulta externa y hospitales periféricos 1 y 2 ubicados en su área de atracción, debiendo atender el nivel de patología acorde con su capacidad, equipo médico-quirúrgico y recursos humanos, refiriendo a los niveles superiores. Ofrece especialidades médicas que no disponen los niveles 1 y 2.

Fuente: Reglamento General de Salud.

## 7) Revisión de la Normativa Vigente.

## Reglamento General de Hospitales

El Reglamento General de Hospitales (RGH) publicado en la Gaceta N° 43 del 4 de junio de 1971, se encuentra vigente y detalla las funciones, servicios, áreas de trabajo y actividades.

La clasificación que utiliza el reglamento corresponde a otro tipo de categorías que son:

Hospital Clase A.

Hospital Clase B.

Hospital Clase C.

## 8) Revisión de la Normativa Vigente

*EL HOSPITAL CLASE "B":**4) Actividades de atención directa al paciente:*

*4.1) Medicina General que incluya, dentro de lo, posible, atención de especialidades médicas.*

*4.2) Cirugía General que incluya actividades de anestesiología y, dentro de lo posible, atención de especialidades quirúrgicas, cirugía pediátrica y odontología.*

*4.3) Gineco-obstetricia, que incluya Obstetricia, Ginecología y atención de recién nacidos.*

*4.4) Pediatría que incluya atención de:*

*4.4.1) Prematuros y recién nacidos.*

*4.4.2) Lactantes y Post-Lactantes.*



11) **Oferta de Servicios Consulta Externa Hospitales Periféricos 3**

Especialidad	H. Carlos Luis Valverde Vega	Hospital de Guápiles	H La Anexión	Hospital San Vicente	H. William Allen
Audiología - Foniatría	✓	✗	✗	✗	✓
Cardiología	✓	✓	✗	✓	✗
Cirugía General	✓	✓	✓	✓	✓
Cirugía Infantil	✓	✓	✗	✓	✗
Cirugía Vasculor Periférica	✓	✗	✗	✓	✓
Dermatología	✓	✗	✗	✓	✓
Endocrinología	✗	✗	✗	✓	✗
Gastroenterología	✓	✗	✓	✓	✗
Geriatría	✓	✓	✓	✓	✓
Ginecología	✓	✓	✓	✓	✓
Hematología	✗	✗	✗	✓	✗
Medicina del Dolor	✓	✓	✓	✓	✓
Medicina del Trabajo	✗	✓	✗	✗	✗
Medicina Familiar Comunitaria	✗	✗	✗	✓	✗
Medicina General	✓	✓	✓	✓	✓
Medicina Interna	✓	✓	✓	✓	✓
Medicina Paliativa	✗	✗	✓	✓	✓
Neonatología	✓	✓	✗	✓	✗
Neumología	✗	✗	✗	✓	✗
Neurología	✗	✗	✗	✓	✗
Obstetricia	✓	✓	✓	✓	✓
Oftalmología	✓	✓	✓	✓	✗
Ortopedia	✓	✓	✓	✓	✓
Otorrinolaringología	✓	✓	✗	✓	✓
Psiquiatría	✓	✓	✓	✓	✓
Rehabilitación	✓	✓	✓	✓	✗
Reumatología	✓	✗	✗	✗	✗
Urología	✓	✗	✓	✓	✗
<b>Total general de Especialidades</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>25</b>	<b>14</b>

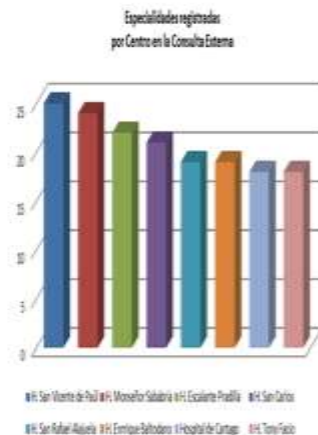
Fuente: Área de Estadística en Salud, Datos tomados de Redatan periodo 2012



12) **Comparación Hospitales Consulta Externa Regionales y Hospital San Vicente de Paúl.**

Especialidad	Hospital San Rafael de Aiguaje	Hospital Enrique Ballesteros	Hospital Esclante Pradilla	Hospital Monsenor Sabalza	Hospital San Vicente de Paúl	Hospital de Cartago	Hospital de San Carlos	Hospital Tom Rizo
Audiología - Foniatría	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Cardiología	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cirugía General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cirugía Infantil	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cirugía Vasculor Periférica	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dermatología	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Endocrinología	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Gastroenterología	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗
Geriatría	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Ginecología	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hematología	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗
Infectología	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗
Immunología	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Medicina del Dolor	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Medicina del Trabajo	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Medicina Familiar Comunitaria	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗
Medicina General	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Medicina Interna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Medicina Paliativa	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Neonatología	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Neumología	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗
Neurología	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗
Neurología	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Obstetricia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Oftalmología	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ortología Quirúrgica	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗
Ortopedia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Otorrinolaringología	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Patología Cervical	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗
Psiquiatría	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rehabilitación	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗
Reumatología	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Urología	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Total de Especialidades</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>18</b>

Fuente: Área de Estadística en Salud, Datos tomados de Redatan periodo 2012





13) Producción Hospitalaria Egresos

Egresos Hospitalarios por Centro según Año				
Centro de salud	2011	2012	1 semestre 2013	Total
H. San Rafael de Alajuela	20120	21282	11130	52422
H. H. Max Peralta Jiménez	20156	20214	10527	50897
<b>H. San Vicente de Paúl</b>	<b>18949</b>	<b>20702</b>	<b>9561</b>	<b>49212</b>
H. Enrique Baltodano Briceño	13400	15888	7888	39236
H. Tony Facio Castro	13472	15545	7788	38805
H. San Carlos	13138	15859	7417	38112
H. Fernando Escalante Prud'ha	14813	15135	7860	37811
H. Monseñor Sanabria	13058	12702	4451	32509
H. Carlos Luis Valverde Vega	8854	9077	4324	22335
H. San Francisco de Asís	4709	4363	3345	16465

Fuente: Área de Estadística en Salud, Actualización 2014

14) Producción Hospitalaria Consulta Externa

Centro	2011	2012	Total
H. México	386296	369685	755981
H. Rafael A. Calderón Guardia	381917	345923	727840
H. San Juan de Dios	277548	281034	558582
<b>H. San Vicente de Paúl</b>	<b>204552</b>	<b>225175</b>	<b>429727</b>
H. Dr. Carlos Sáenz Herrera (Niños)	181844	185154	366998
H. Max Peralta Jiménez	170965	174644	345609
H. San Rafael de Alajuela	129410	143310	272720
H. Monseñor Sanabria	97525	93520	191045
H. Enrique Baltodano Briceño	91651	94589	186240
H. San Carlos	84181	98056	182237
H. Carlos Luis Valverde Vega	81461	82043	163504
H. San Francisco de Asís	54773	58158	112931

Fuente: Área de Estadística en Salud, Actualización 2014

15) Comparación de Especialistas HSVP- HEB

Especialidades	HSVP	HEB	Especialidades	HSVP	HEB
Cardiología	4	1	Neurología	1	0
Cirugía General	9	4	Neumología	1	0
Cirugía Infantil	3	2	Oftalmología	3	3
Cirugía Vasculor Periférico	2	2	Oncología Médica	1	0
Cuidados Paliativos	1	1	Oncología Quirúrgica	1	1
Dermatología	5	2	Ortopedia	11	4
Endocrinología	2	0	Otorrinolaringología	4	2
Fisiatría y Rehabilitación	2	0	Pediatría	9	4
Gastroenterología	3	2	Psiquiatría	3	2
Geriatría	5	3	Reumatología	1	0
Ginecología y Obstetricia	16	4	Urología	2	2
Hematología	1	0	Medicina Familiar	2	3
Medicina Interna	4	4	Radiología e Imágenes Médicas	5	1
Medicina del Trabajo	0	1	Anestesiología	14	2
Neonatología	3	0	Medicina de Emergencias	10	1
Neurocirugía	0	1	Patología	6	2

Fuente: OPSD con datos suministrados por los Hospitales Actualización 2014

30  
Especialidades



## 18) Comparación de Diagnósticos por Egreso HSVP – HSRA

Hospital San Vicente de Paúl	Hospital San Rafael de Alajuela
Procedimientos Obstétricos	Procedimientos Obstetricos
Diversos procedimientos diagnosticos y terapeuticos	Diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos
Otra Oper. Sobre el aparato digestivo	Otra Oper. Sobre el aparato digestivo
Dilatacion y raspado del utero	Dilatación y raspado del útero
Otra oper. Del aparato muscoesqueletico	Otra oper. Del aparato muscoesqueletico
Otra oper. Organos genitales fem.	Extracc. Extracap, cristalino tecn fragm y aspir
Oper sobre trompas de falopio	Otra oper. Organos genitales fem.
Colecistectomia	Excisión de pterigión
Reparación unilateral de hernia inguinal	Colecistectomía

Fuente: Área de Estadística en Salud, Período 2013

## 19) Presupuesto. 5to. Presupuesto.

5 to puesto

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
PRESUPUESTO GENERAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		
AÑO 2014		
UNIDAD	DESCRIPCION	ASIGNACION TOTAL
2102	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	148,204,854,550.65
2104	HOSPITAL MEXICO	128,205,688,932.96
2301	HOSPITAL DR. RAFAEL A. CALDERON GUARDIA	117,278,356,424.38
2303	HOSPITAL DR. CARLOS SAENZ HERRERA	86,605,226,368.27
<b>2208</b>	<b>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b>	<b>52,599,845,932.04</b>
2306	HOSPITAL DR. MAX PERALTA	48,940,818,990.55
2205	HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA	43,489,554,381.42
2501	HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA	36,362,351,420.17
2701	HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA	33,809,730,168.19
2502	HOSPITAL DR. ENRIQUE BALDIZANO BRICEÑO	33,523,108,078.74
2901	HOSPITAL DR. TONY RICO CASTRO	32,723,206,071.40
2304	HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO	29,817,256,377.27

FUENTE: Dirección de Presupuesto, Sistema de Control Presupuestario, SCR

## 20) Requerimientos.

## Hospital San Vicente de Paúl

Recurso humano requerido para la reclasificación de un Hospital Periférico 3 a un Hospital Regional

Claves	Puesto	Cantidad Plazas
43550	Sub Director Enfermería	1
25002	Nutricionista SubJefe de Servicio	1
1342	Trabajador Social 2 (Subjefe)	1
167	Profesional 1 (Sección Estadística)	1
179	Secretaria Sub Dirección Hospital	1
103	Asistente Técnico Administrativo 4 (personal de apoyo Subárea Alcenamiento y Distribución)	1
<b>Total plazas</b>		<b>6</b>

Fuente: Información de la Dirección de Administración y Gestión de Personal.

La proyección se lleva a cabo considerando la escala salarial del primer semestre, con una previsión de aumento salarial de 4% y para el período 2015. Por tanto, el costo total de las 6 plazas asciende a ¢102, 532,493.4 considerando las subpartidas presupuestarias asociadas al presupuesto de efectivo y contemplando el presupuesto general el costo es de ¢110, 209,931.8.

21) Conclusiones:

Su población adscrita directa supera la de los Hospitales Periféricos y Hospitales Regionales.

Su oferta en consulta externa supera los Hospitales Regionales y Hospitales Periféricos.

Los diagnósticos por egreso son comparables con otros Hospitales Periféricos. Según el índice de complejidad e índice de funcionalidad el HSVP se ubica con mejor resultado que otros Hospitales Regionales.

Su presupuesto está por encima de los Hospitales Regionales.

El cambio en la nomenclatura no implica cambio su oferta, en capacidad instalada, ni en complejidad, dada su condición actual.

22) Recomendaciones:

- Se debe analizar el Sistema Hospitalario Actual con el propósito de determinar la nomenclatura idónea de los hospitales de la institución, en conjunto con la Dirección de Desarrollo Organizacional y la Dirección Jurídica.
- En consecuencia de lo anterior, el Hospital debe observarse atenderse y ubicarse con una clasificación mayor a la ostenta en la actualidad.
- Se debe ampliar el proyecto de mejora de indicadores de gestión de indicadores de consulta externa, a los procesos de hospitalización y servicio de emergencias, con el propósito de mantener un proceso de mejora continua de la calidad y productividad de los servicios.
- Se debe completar el primer nivel de atención de adscripción del Hospital de Heredia con el fin de fortalecer la resolutivez del primer nivel de atención.

El Director Gutiérrez Jiménez menciona que, en el desarrollo de la presentación, existen aspectos muy puntuales.

A propósito de una consulta del Director Gutiérrez Jiménez, indica la Gerente Médico que el Hospital de Alajuela es Regional y su clasificación responde a la oferta de servicios.

Al respecto, señala el licenciado Gutiérrez Jiménez si esa clasificación implica algún efecto o costo adicional y qué implicaciones tiene. Por ejemplo, se indica que se debe tener contratadas más Secretarías, pregunta a dónde se indica y por qué. Le preocupa porque existen premisas de muchos años y se hace referencia a ellas, como ilustración: “es que el decreto dice”, “es que el Reglamento dice”, “es que el documento dice”. Recuerda que no están en el pasado cuando existían suficientes recursos financieros. Reitera su preocupación, en términos de si una reclasificación de un Hospital implica mayor asignación de plazas. Anota que en algún momento, se mencionó, como un ejemplo, a la Cooperativa de Servicios de Salud Integral

(COOPESAIN), en el sentido de que se maneja con una Secretaria; lo que en la Caja se hace con 5 Secretarias. No está en desacuerdo en que se reclasifique el Hospital, sino la forma en cómo se solicita y cuáles son las justificaciones de esa reclasificación.

La Dra. Villalta Bonilla señala que, tal vez, don Adolfo Gutiérrez tiene razón en la parte de la clasificación de los Hospitales, se supone que está basada en la Ley General de Salud, N°5395 del año 1973 y el Reglamento General de Salud, promovido por el Ministerio de Salud y aprobado en La Gaceta N° 230 del 5 de diciembre de 1989, a la fecha no responden a esa clasificación y, en este momento, la clasificación es otorgada por la oferta de servicios. El Hospital Periférico tiene asignadas las especialidades básicas y el Hospital Regional las subespecialidades, de acuerdo con el perfil de morbi-mortalidad, establecido en los Reglamentos y en las Leyes. Como antecedente señala que producto de una solicitud de una Diputada de la Asamblea Legislativa, en ese sentido, a nivel institucional se realizó un análisis para determinar la clasificación del Hospital y se determinó que no respondía a esa clasificación. Por lo que se consultó a la Dirección de Recursos Humanos la situación y, en ese sentido, contestó que en los Hospitales Periféricos, el Director Médico es el responsable y le corresponde coordinar todos los Servicios, dado que solo tiene especialidades básicas y se basa en el Reglamento de Salud. El Hospital Regional es más grande, tiene una estructura más amplia, la responsabilidad es del Director Médico del Hospital y tiene Jefes de Servicio. El Hospital de Heredia es un híbrido, porque tiene la categoría del Director y el Administrador de un Hospital Regional, se les paga como Director y Administrador de un Hospital Regional, no tiene establecida la figura del Subdirector y existe un Jefe de Consulta Externa, pero a la mitad de las jefaturas se les asignó un puesto de jefatura y otra mitad, están como Coordinadores. Lo que significaría que se tendría que reasignar esas plazas, dado que el Hospital pasaría a ser un Hospital Regional y no está equiparado a un Hospital de esa naturaleza, porque no existe esa plantilla.

El licenciado Gutiérrez Jiménez señala que ese aspecto se debe cuantificar, porque le parece que existe una responsabilidad básica para que se indique el costo que implicaría, esa reclasificación del Hospital. Repite, que para tomar una decisión de esa naturaleza, se debe conocer la información en cuanto al costo que implica la modificación, porque de acuerdo con lo que indicó la Dra. Villalta, en el Hospital existe un híbrido y no se tiene claro el asunto de las plantillas. No significa que no está de acuerdo en que el Hospital se reclasifique, si no que primero se necesita conocer, repite, el costo de la reclasificación, dado que todas las conclusiones implican recursos adicionales. Por ejemplo, al ser reclasificado el Hospital, tiene derecho a tener más especialidades, entonces, van a solicitar más cantidad de plazas y no lo cuestiona. El punto es si están dispuestos a abrir un espacio, para que se realicen solicitudes de esa naturaleza. Además, le preocupa el antecedente que se está creando versus otros similares porque repite, la situación actual conlleva a que se tenga mucha cautela. Por otra parte, entiende que el Hospital de Heredia tiene muchos funcionarios, por lo que le parece importante que se reclasifique como un Hospital Regional. Por ejemplo, de antemano se indica en el documento que se debe asignar una Secretaria a cada Servicio, de manera que serían cinco Secretarias. Le parece que se debe cuestionar el documento, en el sentido de si es el adecuado, porque no solo se puede utilizar para este Hospital, si no que puede servir de base para otros en condiciones muy diferentes, a cuando se elaboró ese estudio.

El Director Barrantes Muñoz hace referencia a dos aspectos. Primero, recientemente se realizó una reunión con la Junta de Salud del Hospital de Alajuela, en Alajuela y con el Director del

Hospital de Alajuela, en la cual se hizo referencia a toda la problemática que se tiene en el Hospital, en relación con las operaciones. Un aspecto que mencionó, fue la diferencia de la clasificación de categorías entre los Hospitales de Alajuela y el de Heredia, dado que el Hospital de Heredia tenía una ventaja siendo un Hospital con una categoría inferior, lo que estaba provocando una migración de personal del Hospital de Alajuela para el de Heredia. Le pareció que era un tema para tomar nota, porque era como hacer referencia a un tema que lo que reflejaba era una inconsistencia. Lo señala porque, evidentemente, pareciera que existe un problema entre un Hospital, que en este momento atiende una categoría distinta del Hospital San Vicente de Paul, en donde siendo éste de una categoría inferior, tiene categorías médicas superiores que provocan una distorsión en relación con otro Hospital. Sin embargo, lo que más le llama la atención, es que el día de ayer leyó la documentación que se les envió y existe un documento técnico de 32 páginas, exclusivamente, relacionados con el tema de la clasificación del Hospital San Vicente de Paul y después de muchas argumentaciones, se indica que no es conveniente que se realice una reclasificación de un Hospital de manera aislada y concluye: *“por lo anterior, tomar la decisión de cambiarle la nomenclatura al Hospital de Heredia, implicaría darle la opción a otros establecimientos de salud para que opten por la misma solicitud, dado que sus condiciones de reclasificación vigente también requieren ser revisadas y ajustadas en su totalidad a otros, ya que no son congruentes con la normativa vigente actual en la Caja”*. Luego señala *“lo que se requiere es que la Caja defina los tipos de hospitales que se necesitan y los perfiles de complejidad para cada una de las categorías que se establezcan, garantizando de que cada uno responda al Perfil Epidemiológico de la población, a la demografía de su población y a los factores condicionantes propios de la zona por cubrir, respetando los tres nivel de atención y a una gestión en red que garantice un mejor uso de los recursos y un mejor acceso para la población en calidad de oportunidades. Lo anterior, garantiza que la dotación que se haga en infraestructura y tecnologías de recursos humano, responda a criterios técnicos que haga que la accesibilidad de los servicios de salud, por parte de la población sea lo más equitativa posible, no importa la zona del país en la que resida resolviendo los vacíos identificados”*. Al final de toda la documentación, no se recomienda una reclasificación aislada por el impacto que se produce en el conjunto y que se debería dar un abordaje de manera más integral. Le llama la atención que lo que hoy se expone, es totalmente distinto a los criterios técnicos, que se esbozaron en el estudio que se les circuló el día de ayer. Al final la pregunta que se hace es en términos de si se va a producir esa reclasificación, hay que, precisamente, lo que señala el Director Gutiérrez Jiménez, que se evalúe claramente el impacto que se produce, para que se tenga muy claro, por ejemplo, sería como mover una pieza de una cadena que va a producir impactos en el conjunto. Le parece que el tema no se debe resolver aisladamente. Dado que es el fondo del criterio técnico que se desarrolla en este estudio y, ahora, se plantea una situación que tiene otro enfoque. Repite que ese aspecto le llama la atención.

El doctor Fallas Camacho considera que los Hospitales de Heredia, Alajuela, Cartago son Hospitales Regionales, pero le causa duda los de Liberia, Puntarenas y San Carlos dado que se debería proyectar hacia Hospitales de mayor capacidad resolutive. Se hace referencia a los problemas que se tienen en el Área Metropolitana, dada la congestión que se tiene de pacientes. Le preocupa tener que tomar una decisión de la necesidad de la población, en función de un Reglamento o de una Normativa Legal. Se tiene que dejar de lado esos aspectos y determinar cómo están siendo atendidos los pacientes, si se tienen que seguir trasladando, por ejemplo, a los Hospitales Calderón Guardia o al México y si se continúa con la congestión de pacientes que se produce. Por ejemplo, la referencia que hace el Dr. Jaramillo en la carta, es un aspecto que

sucede en todos los Hospitales, dado que existe una población significativa. Específicamente, ve la conveniencia de que se determine si en el Hospital de Heredia se tienen los Especialistas, las Especialidades y los Servicios para atender las necesidades de la población para que esté satisfecha. Por otro lado, si las citas con determinadas especialidades están a largo plazo o se deben referir los pacientes al Hospital México porque no se tiene capacidad resolutive. Por otro lado, en cuanto a la clasificación de los Hospitales, lo que se hizo en aquel momento fue tomar una fotografía de lo que existía y encasillarlos según se determinaban, para definir un aspecto administrativo para la asignación de recursos y la designación de jefaturas. Entiende que existe un marco legal que define las estructuras de los Hospitales, por lo que los Hospitales procurarán que se les recalifique en función del marco legal existente. Consulta si en el momento de reclasificar un Hospital y se le otorga mayor capacidad resolutive, en cuánto está dejando de afectar las referencias a los hospitales que refieren. Inclusive, se determine si el Hospital debe ser fortalecido en Pediatría y quizá en Gerontología para que no se realicen referencias a otros Hospitales, de manera que se requiera ampliar la infraestructura, son los aspectos que se deben tener claros y no, tomar una decisión en función de asignar menos o más plazas. Por otra parte, es partidario de que se deben fortalecer los Hospitales Periféricos, no importa cuál sea su calificación o que esfuerzo tengan que realizar, para que tengan mayor capacidad resolutive y dejen de referir pacientes a los Hospitales del Área Metropolitana, porque no son eficientes. La carta que leyó en la mañana, en la que se indica que no hay sillas de ruedas, porque todas las están ocupadas, que no se tiene un lugar apropiado para que estén los pacientes, es una realidad y esa situación se tiene que resolver. Además, le parece que se tiene que hacer un esfuerzo e, inclusive, darle mayor sustento a esa demanda de servicios, porque a la fecha se tienen 480.000 personas y para el año 2030, se proyectan 600.000 personas, se deben cuestionar, qué sucederá; de manera que se debe proyectar en función de lo que se requiere, para que un Hospital opere eficientemente. Le gustaría tener mayor información, en el sentido de si a la comunidad se le está resolviendo los problemas de salud. Por ejemplo, le parece que de la misma forma se debería proyectar para el Hospital de Cartago y Alajuela y, eventualmente, se tendría que proyectar más allá. Como ilustración, el Hospital de Alajuela debería resolver el 90% de las patologías, sino más, de manera que no tendría que enviar pacientes. Le parece que en los Hospitales Nacionales se concentren algunas especialidades, dado que el equipo y las especialidades son muy costosos y la demanda no justifica, que en cada Hospital se tengan esos servicios especializados, pero el 89% de las patologías deberían ser resueltas en cada uno de estos Hospitales, sin tener que enviar pacientes a la Meseta Central.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y comenta que cuando se revisó la información del Hospital de Heredia, quedó claro de que el país ha tenido un desarrollo desigual en la infraestructura sanitaria, no solamente hospitalaria, repite, también sanitaria. Cuando se analiza la Red Noroeste, se determina que en cada Red, prácticamente, cada cantón tiene un Hospital; por ejemplo, el Hospital de Heredia como provincia, pero se tienen los Hospitales de Alajuela, San Carlos, Grecia, Upala y San Ramón. En el mapa se determina una concentración en el desarrollo de la infraestructura en esa Región y quedará claro cuando se analice el tema de infraestructura. En este caso específico, se determinó que el Hospital de Heredia es uno de los nuevos, prácticamente, el último hospital que se ha construido y comenta que la Caja como Institución, desde que se le trasladaron los Hospitales, los únicos Hospitales que ha construido son el de Heredia y Alajuela, los otros los recibió de la Junta de Protección Social o del Ministerio de Salud, aunque los ha reparado pero, realmente, no ha construido. Destaca que cuando el grupo de las Gerencias, analizó el tema de la situación del Hospital de Heredia, tuvo la impresión que ese



Hospital, al haber sido uno de los últimos que se construyó, con una categoría pero con la aspiración de tener una categoría superior, se le fueron asignando recursos. En la presentación se indica que el Hospital de Heredia tiene alrededor de 1.600 funcionarios, ocupa el 5to. puesto en la asignación de recursos financieros; en ese sentido, se le ha dado casi la categoría de un Hospital Regional, aunque tiene la clasificación de un Hospital Periférico. Si se analiza la parte legal, lo que el Reglamento de Hospitales establece entre uno y otro Hospital, son la cantidad de especialidades y la estructura administrativa, dado que la asignación financiera es superior. Como ilustración, el Hospital de Upala tiene alrededor de doscientos funcionarios y el de Heredia, alrededor de 1.600, de manera que no se produce una diferenciación por camas. No se califica de Periférico o de Regional por el número de camas, no es un criterio que se estableció, es por la parte de la estructura organizativa. De manera que si se compara el Hospital de Heredia con el de Alajuela, tiene una asignación presupuestaria menor, así como menos cantidad de camas y su complejidad es menor, por lo que cuando se analizó la fotografía, se tuvo la impresión de que el Hospital de Heredia es Regional y no se le ha reconocido su posición. Las dos preguntas que se plantearon fueron en términos de qué representa en costos y qué beneficio recibe la población con esa recalificación.

Al respecto, la doctora Villalta Bonilla responde que la población realmente no tendría un beneficio adicional, por cuanto el Hospital tiene las especialidades, pero se estaría enviando el mensaje en términos de que al gestionar el Hospital con tantas especialidades, requiere se nombren Jefaturas de Servicio. Por otro lado, el licenciado Gutiérrez Jiménez se refirió a la parte de presupuesto, al respecto se hizo un ejercicio preliminar de la información suministrada por la Dirección de Recursos Humanos; sin embargo, se tendría que analizar más, dado que, eventualmente, se aumentaría el costo en ciento treinta y un millón de colones, más lo que correspondería al costo anual por las plazas que se le otorgarían.

Interviene la licenciada Aguilar Arguedas y se refiere al estudio realizado para determinar la reclasificación del Hospital de Heredia, en el que se determinó que requiere 6 plazas nuevas, con un costo anual de alrededor de ciento diez millones de colones; la proyección se realizó considerando que esas plazas nuevas iniciarían en el mes de enero del año 2015. Además, se tomaron en cuenta los indicadores macroeconómicos pero, específicamente, lo que dicta la Dirección de Presupuesto de la Institución. En este caso, se tomó como base los índices salariales o los aumentos salariales del año 2014 y se proyectó el año 2015, de conformidad con lo proyectado por la Dirección de Presupuesto, que sería el segundo semestre del año 2014, en términos de un 4%, además del año 2015. Los ciento diez millones de colones de esas seis plazas se contemplan para el año 2015.

Aclara la Gerente Médico que ése fue un estudio preliminar, por lo que se tendría que realizar un análisis para determinar cuánto significa y si, necesariamente, se le tendrían que asignar las 6 plazas al Hospital de Heredia, para que cada uno de los Servicios cuente con una Secretarías.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que la decisión no se puede basar, en que se requieren seis plazas con un costo de ciento diez millones de colones, porque la información no es real, dado que no se está proyectando el costo de las especialidades que se deben abrir, así como la estructura administrativa que se debe modificar. Hace hincapié en que no se está indicando la proyección del costo que implica la reclasificación del Hospital, por lo que hasta que se tengan los elementos completos, no se puede tomar una decisión de esta naturaleza. Le parece que la solicitud se debe quedar pendiente de resolución. Por otro lado, no se indica el impacto que,



eventualmente, produciría en la Red, con la reclasificación del Hospital no se beneficiaría al usuario de servicio, de acuerdo con lo que indicó la Gerente Médico. Estima que se debe fundamentar la petición y, además, coincide con el Dr. Fallas Camacho con que las clínicas y los hospitales se deben fortalecer, para que se produzca impacto en los servicios de salud.

Por razón de orden, señala la doctora Sáenz Madrigal que para el análisis del tema se había establecido una hora y el tiempo se cumplió. De modo que a los que tienen uso de la palabra, se les solicita ser precisos y concretos.

El doctor Fallas Camacho concuerda con don Adolfo Gutiérrez, en que no se indica si con la reclasificación del Hospital de Heredia, se produce impacto en los servicios de salud que presta. Por otro lado, no se tiene información de la demanda que tienen los Hospitales del Área Metropolitana, ni cuántos pacientes se refieren del Hospital de Heredia al México. Por otra parte, le preocupan los costos, pero más el servicio que se debe dar, porque si no se van a mejorar los servicios de salud que otorga, es mejor que continúe con la clasificación que ostenta. Le parece que se debe considerar un elemento fundamental, en el sentido de que el Hospital de Heredia no tiene ningún hospital intermedio que le resuelva.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que en el estudio que se les entregó, se hace referencia a los Hospitales de Alajuela, Cartago, Limón y otros, y se determina que el Hospital de Heredia es el que está atendiendo más población que los centros hospitalarios, con carácter regional de este país y no se logra comparar con las zonas rurales, pero se va a comparar con Cartago y, en ese sentido, el Hospital de Heredia atiende más población que los Hospitales de Cartago y Alajuela. En cuanto a lo que señaló el licenciado Gutiérrez Jiménez, en términos que se requiere más personal, no es porque ese Hospital, sin fundamento, tiene gran cantidad de funcionarios, sino porque se atiende gran cantidad de pacientes, de ahí que tiene más Especialistas, dado el volumen de trabajo que tiene. Destaca que se ha determinado que el Hospital tiene una gran debilidad es en el Servicio de Emergencias, pero, recuerda que en una sesión de la Junta Directiva se analizó el tema. Por ejemplo, en la gráfica que se presentó del tema de los egresos hospitalarios, se determina al Hospital de Alajuela, al de Cartago y al de Heredia con 49.200 egresos en el primer semestre del año 2013. Evidentemente, está manejando un gran volumen de pacientes, no existe un cuestionamiento, por lo que insiste en el tema de la cantidad de personal que existe, es personal asignado porque hay una población atendida, en proporción a esa cantidad de personas. Está segura que si el análisis se realiza per cápita por paciente, se determinaría realmente que el estándar está en promedio, está más bien atendiendo más pacientes de los que atienden los otros hospitales. Dado que cuando se hace referencia a la producción hospitalaria, evidentemente, es más lapidaria; en términos de ejemplo, están los Hospitales México, el Calderón Guardia, el San Juan de Dios y después el San Vicente de Paul, siguiendo los Hospitales Nacional de Niños, Max Peralta y con menor producción el Hospital San Rafael de Alajuela. Significa que existe una producción e, insiste, en que el tema del cuestionamiento del personal, tiene que ser resuelto con esas cifras y lo que indica es que la producción del Hospital de Heredia, ocupa un quinto lugar, después de los hospitales nacionales. Para reforzar, conoce que los funcionarios de la Gerencia Médica indicaron, pero para quienes no conocen bien el Hospital de Heredia, conoce esas cifras, porque desde hace 2 ó 3 años, la Gerencia Médica ha estado produciendo información que ha llevado a estas conclusiones. Por ejemplo, la gráfica con la información del año 2012, contiene la que se relaciona con el personal, se analizó profundamente y se determinó que el Hospital, con ese personal y el presupuesto que

tiene asignado, brinda atención a mayor población. En cuanto a la complejidad del Hospital la doctora Villalta Bonilla explicó y en relación con el presupuesto, los Hospitales que tienen mayor asignación presupuestaria son los Hospitales San Juan de Dios, el México, el Calderón Guardia, el Nacional de Niños y el quinto lugar lo ocupa el de Heredia. Por otro lado, se ha indicado que la Provincia de Heredia es la que tiene la mayor tasa de crecimiento poblacional, como ejemplo, del año 2010 a la fecha, ganó un Diputado en la escala nacional para la Asamblea Legislativa. Se conoce que la asignación de un Diputado más para la Provincia, se le disminuyó a la de San José, de manera que de 5 Diputados, pasó a tener 6 Diputados representantes de la Provincia de Heredia en la Asamblea Legislativa. Por otra parte, estima que es muy importante que se conozca el costo adicional y lo comparte con los otros Directores que solicitan el detalle, no solo de las 6 plazas, sino el ascenso de Coordinadores a Jefes de Servicio. Por otro lado, manifiesta su preocupación, dado que en los centros hospitalarios no se tiene asignado un funcionario para que se encargue del manejo de las estadísticas y es fundamental, porque la Institución requiere estadísticas. Por ejemplo, lo que se ha hecho en la Unidad de Oncología para registrar cuánta población se está atendiendo con cáncer, cuál es el tratamiento, qué procedimientos se les realiza, su procedencia y demás; es un proceso que realizan los doctores, o sea, las estadísticas en el Hospital las realizan los Especialistas, porque no existe un funcionario asignado para ello. Entonces, cuando se ubique un funcionario en la Sección de Estadística, va a tener un efecto positivo, en el conocimiento de la población que atiende el Centro Hospitalario. El tema de la logística y el almacenamiento es complicado. Por ejemplo, si se visita el lugar existe gran cantidad de cajas acumuladas, los funcionarios tratan de realizar el trabajo pero por su volumen, se requiere un gran esfuerzo en esa área. Por otra parte, existe un déficit de personal para atender los temas relacionados con las familias que están sufriendo la enfermedad de cáncer, como ejemplo, y no se está logrando atender debidamente, de modo que la atención integral de esa población, por lo menos de esas 6 plazas, producirán impacto en la calidad de los servicios de salud, 3 de esas plazas. Avala el hecho de que se pormenore la información del impacto que se producirá en términos de costos, cuál sería la demanda específica para los años 2015, 2016 y 2017, pero fuera de ese aspecto, la información técnica lo que quiere es que se de fe, de que es así y que el Hospital de Heredia requiere personal adicional, para reforzar la organización interna y atender las 470.000 personas, y con la proyección de que en pocos años le corresponderá atender 600.000 personas.

El Auditor está de acuerdo con el doctor Fallas Camacho, en el sentido de que el Hospital de Liberia pareciera que requiere el concepto de Hospital Regional, así como a nivel de otros lugares para aumentar el nivel de resolución. Considera que la Junta Directiva adolece de un documento que, realmente, avale esta posición y le parece que el documento no es fácil. Doña Marielos Alfaro prácticamente lo hizo, la información está y es cuestión de que la Dirección de Planificación, que es la instancia que le compete, elabore el documento y presente a la Junta Directiva, cuál es la demanda que tiene el Hospital de Heredia, cuál es la oferta de servicios y cuál es el concepto regional que satisface la demanda y la oferta, en términos de que se justifique, técnicamente, el otorgar al Hospital el concepto regional. Repite, le parece que la información, prácticamente, la dio doña Marielos Alfaro y cuando hizo referencia a una serie de cifras, que además le hace falta al documento se le agregue, la factibilidad económica y desde el punto de vista de lo que es concepto regional, cuál es el impacto adicional que se produce en los costos que va a tener la Institución. Le parece que el costo es mínimo porque el Hospital de Heredia tiene la mayoría de las especialidades, pero que se indique. Además, el tema de las plazas lo plantearía aparte, porque una secretaria no va a justificar, sin menospreciar el concepto de definición

regional; entonces, se debería plantear como necesidades de plazas en una sección aparte, donde se justifique que el Hospital requiere esas 5 plazas adicionales. En síntesis, se necesita un documento con la factibilidad económica y de servicios. Por otro lado, la Ing. Alfaro Murillo se refirió a la demanda que sobrepasa a la oferta en el Hospital de cita, producto de la falta de EBAIS, en el Modelo de Atención y en la planificación de servicios de salud de toda la Institución, que no se tienen definidas las metas y prioridades en el mediano y en el largo plazo. De manera que se tenga certeza de cuál es el concepto y el papel que desempeña un EBAIS de una Área de Salud en el año 1994, al día de hoy se tienen 40 Áreas de Salud sin edificios. Le parece que esos aspectos se deben revisar, así como el concepto de Hospitales Periféricos y su nivel de resolución. Considera que es urgente que el Modelo de Atención sea revisado. En cuanto a lo comentado por la ing. Alfaro Murillo, respecto de que los Coordinadores pasan a ser Jefes de Servicio, ese aspecto se analizó en un estudio de Auditoría, donde se necesita de que exista una definición, en cuanto a los Coordinadores en los diferentes Servicios de los Hospitales, dado que no es sólo en el Hospital de Heredia, es en todo el país, de modo que se defina que es Jefatura de Servicio o Jefatura de Sección y no Coordinadores, dado que es un híbrido.

A la doctora Sáenz Madrigal le parece que se puede analizar la propuesta, pero el espíritu que percibe de la Junta Directiva, es en términos de que se reciba el informe y se complemente el estudio.

Sobre el particular, el Director Devandas Brenes señala estar de acuerdo en que se vote el punto dos de la propuesta de acuerdo, dado que considera que existen suficientes elementos de juicio para tomar la decisión. Le preocupa el exceso de trámite burocrático en la Institución y, eventualmente, se solicita otro informe que, eventualmente, se presente en 3 ó 6 meses y se dificulta la toma de decisiones. Reitera que existen suficientes elementos de juicio y estaría anuente a votar hoy, pero al hacerlo subraya que de una manera u otra forma, se siente insatisfecho, porque desde su primera intervención ha insistido que no se tiene un plan de desarrollo institucional claro, se planteó la necesidad de que se realice una sesión para definir una agenda estratégica y no quedó satisfecho, dado que no se logró ese objetivo y se continúa extrañando la ausencia de ese Plan. Por ejemplo, el Hospital San Vicente de Paul, tiene gran cantidad de Obstetras y en una, eventual, reorganización del Área, debería tener menos profesionales en esa especialidad y trasladar los pacientes para que sean atendidos en las Clínicas Periféricas, de manera que los partos no sean en los Hospitales, sino en las Clínicas más cercanas de la comunidad. Reitera su insatisfacción porque determina que casi es imposible elaborar ese plan, entonces se deben atener a lo que existe. En cuanto al punto N° 4 de la propuesta de acuerdo, sugiere que se lea de la siguiente manera: *“Instruir a la Gerencia Médica para que a través de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, presente ante esta Junta Directiva en un plazo de tres meses, un proyecto de reorganización de toda el Área de Atención del Hospital.,* Aclara que lo sugiere de esa manera, dado que sería trasladarle una función casi imposible a la Gerencia Médica, porque se indica que se reorganice el Área del Servicio. Cree que esa reorganización implicaría determinar si las clínicas periféricas están bien, incluso, que se aboquen, en esta reorganización a realizar lo que indicó el Auditor y que se ha planteado en la Junta Directiva, en términos de definir cuál es la naturaleza de los EBAIS, si van a continuar como EBAIS, atendiendo como pequeñas Clínicas o van a modificar su naturaleza. Considera que es un buen momento, dado que no se puede realizar la planificación para todo el país, que lo puedan hacer en el Hospital de Heredia y, entonces, se tome como Plan y se defina como deben funcionar los EBAIS y determinar, cuántos EBAIS deben existir en Heredia, cómo deben

funcionar, cuáles son las Clínicas Periféricas y que esa sea la instrucción. En el punto 4, instruir a la Gerencia Médica para que presente el proyecto en un plazo determinado, porque de otra manera, pareciera que no se puede hacer en la Caja. Esa es su posición y si se refuerza ese punto 4, tal y como lo está proponiendo, está dispuesto a votar el acuerdo que está presentando la Gerencia Médica. Por otro lado, respecto del informe técnico, realiza la observación de que se tienen conclusiones ambiguas y no fortalecen el sistema; sin embargo, la información que se presentó y el análisis que, incluso, realizó la Ing. Alfaro Murillo, le permite asumir la posición de apoyar este acuerdo.

La Directora Soto Hernández señala que de la presentación realizada se determina el impacto que produce el Hospital de Heredia, dado que se inauguró en el año 2010. Ve la conveniencia de que en esta sesión se someta a votación la reclasificación del Hospital de Heredia, dado que la presentación permite determinar lo efectivo que son; además, la Ing. Alfaro Murillo hace un esbozo e, indica, que trabajan en forma directa porque no existen EBAIS. Ese aspecto se puede analizar luego, ahora, lo que se necesita es modificar su categoría. Si se le deben asignar 6 u 8 plazas, se analizará porque se refiere a la toma de decisiones.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que una vez analizado el tema, se debe someter a votación. Por otro lado, existe un tema importante que mencionó el licenciado Barrantes Muñoz sobre el documento, por lo que ve la conveniencia de que la Dra. Villalta lo clarifique para que conste en actas, dado que es una preocupación de fondo.

Recuerda el doctor Devandas Brenes que se considere su proposición respecto del punto 4.

El Director Gutiérrez Jiménez sugiere se defina si el tema se someterá a votación hoy.

Al respecto, señala la Dra. Sáenz Madrigal que la Dra. Villalta aclare el tema y, luego, se realizará la votación.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, dado que si el tema se somete a votación, obligaría a algunos de los Miembros de la Junta Directiva a votar en contra, cuando están de acuerdo con el concepto, pero la forma en que ha sido presentado el tema, no llena las expectativas del asunto.

Aclara la doctora Villalta Bonilla que existe un documento técnico, en el que se realiza un análisis general y se ha analizado la complejidad que tienen la mayoría de los hospitales, se realizó un análisis integral por la necesidad de una reclasificación baja, mediana y de alta complejidad. El estudio técnico se refiere a que no se recalifique ningún hospital, hasta que no se finalice un análisis que se tiene que realizar. Pero en el caso particular del Hospital de Heredia, se determinó que es un Hospital muy grande, que requiere otra estructura para mejor su gestión administrativa, de modo que en el proceso de transición, mientras se concluye el estudio y dado que ese Hospital ostenta ese perfil, requiere sea reasignado para que la estructura y la gestión organizativa, sea más fácil para el Director. Dado que a cómo está hoy en día el Hospital, el Director está como responsable y solo tendría coordinadores y funcionarios sin poder de decisión, en las diferentes jefaturas. Como propuesta de acuerdo, podría ser que en tres meses se presente un informe de un equipo intergerencial, pero la decisión es de los Miembros del Órgano Colegiado.

La doctora Sáenz Madrigal considera que es claro que existen dos posiciones claras de los miembros de la Junta Directiva, en el sentido de que un grupo está dispuesto a votar, en términos de apoyar el día de hoy la reasignación del Hospital y se continúa con los estudios.

Ingresa al salón de sesiones el señor Loría Chaves.

A propósito de una inquietud del Director Loría Chaves, la señora Presidenta Ejecutiva indica que se está analizando el tema sobre la reclasificación del Hospital de Heredia es el primer punto de la agenda.

Al respecto, apunta el señor Loría Chaves que está de acuerdo con esa reclasificación y, luego, se realice un estudio integral.

Recuerda doña Rocío Sáenz que el Dr. Devandas Brenes había planteado una moción respecto del punto N° 4 de la propuesta de acuerdo.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez que primero se defina, si el tema se somete a votación de la Junta Directiva

La señora Presidenta Ejecutiva propone someter a votación el tema con la observación que realizó el Dr. Devandas Brenes.

**Por tanto, se dispone** someter a votación el asunto en esta oportunidad.

Se somete a votación la moción para que el asunto se someta a votación en el día de hoy y es acogida por la doctora Sáenz Madrigal, las Directoras Soto Hernández y Alfaro Murillo; los Directores Loría Chaves y Devandas Brenes; los restantes señores Directores votan en forma negativa (Directores Fallas Camacho, Barrantes Muñoz y Gutiérrez Jiménez). Por tanto, se aprueba por mayoría que la propuesta se someta a votación en esta fecha.

Seguidamente, la señora Presidenta Ejecutiva somete a votación la firmeza que es acogida por doctora Sáenz Madrigal, las Directoras Soto Hernández y Alfaro Murillo, los Directores Fallas Camacho, Devandas Brenes y Loría Chaves). Los Directores Barrantes Muñoz y Gutiérrez Jiménez votan negativamente.

El doctor Fallas Camacho indica que, casi, está convencido de que el Hospital de Heredia necesita ser un Hospital Regional. Considera que es menester, que tenga esa clasificación, lo que sucede es que traerá implicaciones, dado que con el documento que presentó la Gerencia Médica, de acuerdo con su criterio no tiene los elementos suficientes, para darle la sustentación apropiada a una decisión de esa naturaleza. Por ejemplo, los egresos a los que se hace referencia en el estudio, corresponden a Cirugía y no se tiene los egresos de Medicina. Además, no contiene los casos que están refiriendo otros hospitales, ni se realiza una proyección de necesidades de futuro. Respeta la Ley y el Reglamento de Salud, pero para efectos de necesidad de la comunidad, su deseo es tener claro que es lo que necesita, inclusive, si se debe modificar, habrá que hacerlo pero no se tienen elementos. La mayoría del informe, como lo indicó don Rolando Barrantes, hace referencia a los elementos de la Ley General de Salud y deja una inquietud, dado que se está clasificando un Hospital por el Reglamento o no por él. Tiene la intención de solicitarle a los

Miembros del Órgano Colegiado, apoyo para que se solicite un informe completo respecto del Hospital de Heredia, con el fin de que contenga aspectos tales como: cuáles son los pacientes que se están refiriendo al Hospital México, cuáles se quedan sin atención médica, cuál es la lista de espera, cómo se están brindando los datos de Cirugía y no se conoce cuántos ingresos existen en Medicina, qué está sucediendo con Medicina, cuál es el índice ocupacional que tiene ese Hospital, cuál es la movilidad de esos pacientes que están hospitalizados. Le parece que técnicamente, para él, ese informe no le permite tomar una decisión y le preocupa porque tiene la proyección de que el Hospital de Heredia debe ser un Hospital Regional.

El licenciado Barrantes Muñoz justifica su voto negativo, dado que es de la idea de que el tema no se sometiera a votación y se pospusiera para otro momento, porque no es que tiene criterio en contra de que se reclasifique el Hospital de Heredia, sino que se está presentando una manifestación de soluciones aisladas, que no miden el impacto que se produce. Si se analiza el documento que justifica el acuerdo, elaborado en el año 2013 que, puede ser apenas un primer esfuerzo, no se determina suficiente consistencia, ese criterio técnico que aquí se cita, deja la impresión de que *“la Caja Costarricense de Seguro Social no está lista técnicamente en este momento, para cambiar ninguna clasificación de ninguno de los Hospitales del país, hacerlo en un contexto legal obsoleto y en una condición de inequidades como las que existen, es promover más inequidades de las que están presente y desordenar más aún la situación actual”*. Es la conclusión de un criterio técnico. Indica que este tipo de soluciones no le producen satisfacción, porque que van en una línea que, precisamente, es la que se quiere superar, para lo cual se realizó un Taller, en la búsqueda de proponer soluciones y caminos que ordenen el desarrollo institucional, de manera que corresponda más a las necesidades de las personas y acorde con los recursos de la Institución. Por otro lado, le preocupa la información que se suministra, al respecto de la población que está atendiendo este Hospital. Como ejemplo, en relación con el Hospital de Alajuela que pareciera, es un Hospital Regional versus este que es un Hospital Periférico con características de Regional, pero son esos desfases, esas brechas que realmente llaman la atención. Como ilustración, se les informó que el Hospital de Alajuela atiende 635.000 personas, 6 Áreas de Salud más la Reforma, más el impacto que se produce dado que se tiene que atender el Aeropuerto Juan Santamaría, las Zonas Francas, los accidentes de tránsito de las rutas aledañas, entre otros. Estima que se debe visitar el Hospital de Alajuela para determinar el exceso de la demanda que tiene el Servicio de Emergencias, porque todas las Áreas de Salud alrededor no tienen horario vespertino, de modo que esos aspectos producen impacto en los servicios que brinda el Hospital. Esos son los problemas que se tienen y seguro existe el que citó el Dr. Fallas Camacho, en la carta que leyó hoy en la mañana. Considera que se debe realizar un esfuerzo en buscar soluciones que respondan de manera integral a la problemática institucional. Por otro parte, estima que como se presenta hoy el tema, pareciera que es una solución aislada y no comprende cuál es la premura, porque claramente no se justifica. Reitera que no comprende el valor estratégico de adelantar una votación, sobre una situación aislada que no está midiendo el impacto que produce para el conjunto. Hubiese preferido para el día de hoy, una propuesta de soluciones integrales y el informe podría haber sido un primer paso, pero en una perspectiva de trabajo, en la que se pudiese ir resolviendo una situación que es mucho más compleja y que no se resuelve, de ninguna manera con el acuerdo que se ha tomado el día de hoy. Esas son las razones que lo llevan a no votar favorable en este día, la reclasificación del Hospital de Heredia.

El Director Loría Chaves razona su voto positivo, en términos de que varios Hospitales deben ser estudiados y analizados para valorar su clasificación. Comparte con don Rolando Barrantes el

tema del Hospital de Alajuela, pero aclara que Alajuela no es Heredia, en Alajuela se tiene el soporte de los Hospitales de San Ramón y el de Grecia y Heredia no lo tiene; ese es un elemento importante por considerar. Por otro lado, entiende que Heredia es una de las Provincias donde más migración se produce, dado que las Zonas Francas han promovido un enorme desarrollo urbano. Repite que el crecimiento de la población en Heredia ha sido exponencial en los últimos años, esa información se determina en las estadísticas y son poblaciones de diversos estratos sociales. Además, considera que el Hospital de Alajuela debe ser estudiado, así como los Hospitales de Pérez Zeledón y Cartago. Está convencido de que reclasificar el Hospital de Heredia, conlleva a invertir más recursos financieros, significará más infraestructura y otros aspectos por considerar. Por ejemplo, la crisis que se produjo en el Hospital México debe ser un llamado de atención, porque a su criterio, se tiene que ir delegando competencias mayores a los diferentes niveles y estima que este es un buen inicio. Le parece que el nivel de competencia que debe tener Heredia, es paralelo a las competencias que deben tener las Áreas de Salud para lograr descongestionar los Hospitales y es paralelo, a las competencias que deben ser fortalecidas en los EBAIS, con el fin de que sean filtros eficientes en la prestación de los servicios de salud. Comparte y entiende al doctor Fallas Camacho, en términos de que no están en contra que el Hospital de Heredia sea reclasificado a un Hospital Regional, sino a que el estudio técnico no es satisfactorio. Cree que es un llamado de atención a las Gerencias para que el estudio esté más fundamentado y que la Junta Directiva tenga mayores criterios; sin embargo, el Hospital de Heredia tiene una situación distinta que se debe resolver, en el sentido de que a no tiene soporte de Áreas de Salud, ni de EBAIS, en Cubujuquí y en otras zonas, dado que toda la presión va directa para el Hospital.

El licenciado Gutiérrez Jiménez suscribe lo expuesto por el doctor Fallas Camacho, el licenciado Barrantes Muñoz e, incluso, lo que anotó don José Luis Loría, lo que sucede es que don José Luis, estaba atendiendo un asunto y no se enteró de algunos otros aspectos, aunque lo señalado por él, lo suscribe. No queda satisfecho de cómo se está realizando la votación del tema y lo deja constando en actas. Le parece que, eventualmente, se produjo una presión innecesaria para que se votara el tema; cree que no es necesario que se apresuren para aprobar un tema, si existen situaciones como lo apuntado por el Auditor, que de alguna manera respalda su preocupación. Dado que indicó que no existía un documento suficientemente robusto, que garantice cuál es el impacto que se produce para el usuario y cuál para la Caja. Recuerda que en distintas ocasiones ha manifestado que no es sostenible, financieramente, y se continúa procediendo igual, en ese sentido, a diferencia de don Mario Devandas, cree que se determinó una agenda a la que le falta ser depurada, pero considera que los planes estratégicos y la planificación se debe continuar promoviendo. Considera que actuar de esa manera no es correcto y lo señala con todo respeto para los Miembros de la Junta Directiva. Disiente con el respeto que merecen los Miembros del Órgano Colegiado, en que no conste el costo de la reclasificación del Hospital de Heredia, ni el impacto que se produce, porque se hizo referencia a que se necesitaban 6 plazas. Salva la participación de don José Luis porque, como lo indicó, en ese momento estaba atendiendo un asunto, pero la Dra. Villalta Bonilla señaló que era un primer esbozo de cuál era el costo y se tenía que profundizar. Considera que si no se conoce cuánto cuestan esos procesos, ni el impacto que se produce, es desafortunado, innecesario y hasta inconveniente y lo indica de esa manera porque, con el mayor respeto, es un llamado de atención. Está seguro que don Oscar y don Rolando están de acuerdo con que lo reclasifiquen, así como él, pero no con un documento que no es un respaldo para la toma de decisiones. Le parece que si se hubiese otorgado una semana más, se hubiera complementado el estudio y con un documento fortalecido, que justificara el

proceso e, incluso, permitiera que su voto fuera positivo. No le parece que se crea que él y los otros Directores, no votan positivo porque no están a favor de que se reclasifique el Hospital y es todo lo contrario, están a favor. Repite que el documento de respaldo, no es robusto para que en este momento, se justifique una decisión de esa naturaleza.

En cuanto a una consulta, la doctora Villalta Bonilla responde que el documento fue preparado con los insumos legales que se tienen, a pesar de que datan de mucho tiempo, pero está respaldado en la parte del Reglamento de Salud, en la estructura organizativa que tiene la Caja y como lo indico, se está documentando basados en la oferta de servicios que se está dando y en el análisis que se ha realizado de los otros Hospitales. Realmente, con los insumos que se tienen, como se indicó, el presupuesto del Hospital de Heredia, es superior al de Hospitales Nacionales, por lo que la oferta y el número de personal que tiene, requieren una estructura organizativa para mejorar la gestión, dado que se analizó la parte de la gestión de ese Hospital y se necesita mejorar esa gestión. Si los señores Miembros del Órgano Colegiado lo solicitan, se puede presentar de nuevo el documento para mayor tranquilidad, para que se analice lo que se requiere en la parte financiera, por ser la mayor preocupación, que se revise y continuar con el análisis en la parte presupuestaria.

Sobre el particular, señala la señora Presidenta Ejecutiva que se había tomado un acuerdo y está en firme.

En consecuencia, la doctora Sáenz Madrigal somete a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, la cual es acogida por la Presidenta Ejecutiva, por las Directoras Soto Hernández y Alfaro Murillo, y los Directores Devandas Brenes y Loría Chaves; los Directores Fallas Camacho, Barrantes Muñoz y Gutiérrez Jiménez votan en forma negativa.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5602-2014, de fecha 11 de setiembre del año 2014, firmado por la señora Gerente Médico, que en adelante se transcribe, en lo conducente y por medio del que se presenta el informe sobre la clasificación actual del Hospital San Vicente de Paúl:

#### **“RESUMEN EJECUTIVO**

La Gerencia Médica procede a presentar el Informe Técnico para modificar la Clasificación del Hospital San Vicente de Paúl.

La presentación estará a cargo del Lic. Albán de la O, funcionario de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

#### **ANTECEDENTES**

1. La Junta Directiva, en el artículo 22° de la sesión N° 8657, celebrada el 22 de agosto de 2013, acordó:



“ARTICULO 22°

*Se tiene a la vista la nota número DMA-153-08-2013 de fecha 7 de agosto del año 2013, suscrita por la señora Diputada Marielos Alfaro Murillo, en la cual indica que el año anterior solicitó a la Presidencia Ejecutiva información sobre por qué el Hospital San Vicente de Paul continúa clasificado como Hospital Periférico, si por la dotación de recursos económicos, humanos y las especialidades que se ofrecen, hoy podría ser clasificado como Hospital Regional. La Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva, le envió copia de uno de los últimos estudios hechos por la Gerencia Médica de la Caja y confirma que el Hospital San Vicente de Paul tiene asignados más recursos económicos que hospitales como el de Cartago y el de Alajuela (Hospitales Max Peralta y San Rafael de Alajuela) e indica que una de las conclusiones del estudio dice que el Hospital de Heredia tiene condiciones similares a las de los Hospitales Regionales. Dado lo anterior, plantea las siguientes interrogantes: “¿Por qué continúa el Hospital San Vicente de Paul clasificado como Periférico? ¿Quién toma la decisión de hacer la reclasificación del mismo?”*

*Informa que la población herediana está decidida a no dejar pasar más tiempo hasta recibir la buena noticia de que la Caja dotará de las condiciones necesarias al Hospital San Vicente de Paul para que sea calificado como Hospital Regional, por lo que en nombre de varias organizaciones sociales de la Provincia, solicita una audiencia para que los Diputados de la Provincia, la Junta de Salud del Hospital, las juntas directivas de la organización Heredia por media calle y de la Fundación Amor, Esperanza y Vida, puedan conversar sobre esta inquietud y buscar, entre todos, alcanzar la meta de darle al Hospital de Heredia la condición que debe tener, y la Junta Directiva ACUERDA solicitar a la Gerencia Médica el respectivo informe, en un plazo de quince días, y posponer lo atinente a la solicitud de audiencia para una vez que se reciba el citado informe.”*

## ACCIONES

1 .La Dirección de Proyección de Servicios de Salud procedió a la elaboración del Criterio Técnico para modificar la Clasificación del Hospital San Vicente de Paúl, el cual se enfoca en revisar el marco legal y normativo vigente, referente a la clasificación de Hospitales, identificar las características de la oferta de servicios del Hospital en cuestión, analizar el dato de población en relación a la totalidad de personas adscritas al centro médico en comparación con centros regionales y revisar estudios y criterios anteriores relacionados al dicho hospital.

En razón de lo anterior, el estudio adjunto, realiza en síntesis un análisis de los siguientes aspectos:

1. Análisis de la Red de Servicios del Hospital San Vicente de Paúl.
2. Análisis de Oferta de Servicios.
3. Actualización del dato de Población.
4. Revisión de estudios anteriores y sus resultados.
5. Análisis de la Normativa.

Una vez analizados los puntos anteriores, se emite las siguientes recomendaciones:

- Se debe analizar el Sistema Hospitalario Actual con el propósito de determinar la nomenclatura idónea de los hospitales de la institución, en conjunto con la Dirección de Desarrollo Organizacional y la Dirección Jurídica.
- En consecuencia de lo anterior, el Hospital debe observarse atenderse y ubicarse con una clasificación mayor a la ostenta en la actualidad.
- Se debe ampliar el proyecto de mejora de indicadores de gestión de indicadores de consulta externa, a los procesos de hospitalización y servicio de emergencias, con el propósito de mantener un proceso de mejora continua de la calidad y productividad de los servicios.
- Se debe completar el primer nivel de atención de adscripción del Hospital de Heredia con el fin de fortalecer la resolutivez del primer nivel de atención ...”

una vez realizada la presentación del Informe Técnico para modificar la Clasificación del Hospital San Vicente de Paúl y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el Informe Técnico para modificar la Clasificación del Hospital San Vicente de Paúl, presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-5602-2014, del 11 de setiembre del año 2014.
- 2) Aprobar a partir de esta fecha, la reclasificación del Hospital San Vicente de Paul de Heredia como Hospital General Clase B, tomando en consideración que dicho centro médico cuenta con una oferta de especialidades médicas y servicios de apoyo y administrativos, que son parte del perfil funcional de esta categoría, lo que ha permitido brindar la prestación de servicios especializados a la población, velando por la satisfacción del interés público y su resolutivez.
- 3) Instruir a la Gerencia Médica para que se tomen las acciones que correspondan, a fin de que se refuerce el primer nivel de atención de las Áreas de Salud adscritas al Hospital San Vicente de Paul de Heredia.

Asimismo, instruir a la Gerencia Médica para que, por medio de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, presente a la Junta Directiva, en un plazo de tres meses, una propuesta para la reorganización del Área de Salud de Heredia.

- 4) Instruir a la Gerencia Médica para que, a través de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y en conjunto con la Dirección de Desarrollo Organizacional y la Dirección Jurídica, procedan a realizar un análisis integral de la nomenclatura idónea del total de los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, una vez definido el Modelo de Prestación de Servicios de Salud.

Sometida a votación la propuesta para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, excepto por los Directores Barrantes Muñoz y Gutiérrez Jiménez, que votan negativamente. Por consiguiente, lo acordado se adopta en firme.

El licenciado dela O Espinoza, la licenciada Aguilar Arguedas y la doctora Aragón Gómez se retiran del salón de sesiones.

La Directora Alfaro Murillo se disculpa y se retira temporalmente del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías, arquitecta Gabriela Murillo Jenkins; el ingeniero Juan César Rojas Aguilar, Director de la Dirección de Mantenimiento Institucional; la arquitecta Paquita González Haug, Directora de la Dirección de Proyectos Especiales, el doctor Manuel Navarro Correa, funcionario de la Gerencia Médica.

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

#### **ARTICULO 5°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22036-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 6°**

Se presenta el proyecto de presupuesto para el año 2015; se ha distribuido el oficio firmado por el Gerente Financiero, N° GF-40.491 del 16 de setiembre del año 2014.

La presentación está a cargo del licenciado Picado Chacón, con base en las siguientes láminas:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia Financiera  
Propuesta Formulación  
Plan Presupuesto CCSS  
2015.
- ii) Antecedentes.  
Marco normativo:
  - 1) Ley 8131, Administración Financiera y Presupuestos Públicos
  - 2) Normas Técnicas sobre Presupuesto Público  
(Contraloría General de la República N-1-2012-DC-DFOE).
  - 3) Normas Técnicas Específicas Plan Presupuesto de la CCSS e Instructivo Formulación Plan Presupuesto.
  - 4) Lineamientos Generales.  
(Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos, Medidas de Optimización de los Recursos y otras).

iii) Actividades para la formulación  
Plan - Presupuesto 2015.

iv) Presupuesto de la CCSS, 2015  
-en millones de colones-

Salud:

¢1,823,003.9.

61,2%

Participación.

IVM:

¢1,023,695.8,

34,3%

**Participación.**

RNCP:

¢132,930.3

4,5%

**Participación.**

¢ 2,979,630.0

**Total.**

v) Seguro de Salud.

vi) Ingresos, gastos e inversión del Seguros de Salud  
2014 – 2015

-en millones de colones-



vii) Ingresos.

viii) Principales supuestos de los ingresos usados para la elaboración

de la Propuesta de Presupuesto CCSS – 2015.

- ✓ Estimación conservadora de los ingresos, conforme a las perspectivas económicas y del empleo.
  - Moderada recuperación económica, PIB 3.4% (BCCR).
  - Expectativa inflacionaria del 5% y posibles incrementos salariales.
  - Se mantiene la tasa de desempleo abierto en 8.5%.
  - Presupuestación de los ingresos sobre la base de la recaudación efectiva (artículo 1, sesión No. 8554)
- ✓ Consideración de las transferencias a realizar por el Gobierno Central y otras instituciones.
- ✓ Asignación de los recursos a las unidades ajustados a los ingresos reales (informes de Auditoría ASF-233-2011, ASF-444-2011 y otros).

ix) Ingresos totales 2014 – 2015  
-en millones de colones-

Descripción	Estimación 2014	Proy. Presup 2015	% Crec.	% Partic. 2015
<b>1) Ingresos Corrientes</b>	<b>1.618.140</b>	<b>1.762.949</b>	<b>8,9</b>	<b>96,7</b>
a) Ingresos por Contribuciones	1.385.523	1.509.750	9,0	82,8
Sector Público	644.437	707.086	9,7	46,8
Sector Privado	741.086	802.664	8,3	53,2
b) Ingresos No Tributarios	63.917	59.710	(6,6)	3,3
c) Transferencias Corrientes	168.700	193.489	14,7	10,6
<b>2) Ingresos de Capital</b>	<b>738</b>	<b>17.522</b>	<b>100,0</b>	<b>1,0</b>
<b>3) Financiamiento</b>	<b>137.924</b>	<b>42.533</b>	<b>(69,2)</b>	<b>2,3</b>
<b>Ingresos Totales</b>	<b>1.756.801</b>	<b>1.823.004</b>	<b>3,8</b>	<b>100,0</b>

- x) a) Porcentajes de variación reales de las contribuciones SEM  
Período 2007- Estimación 2014 (gráfico).
- xi) b) Ingresos no tributarios: Total 59,710 mill.
- xii) C) Montos a transferir a la CCSS por el Gobierno y el FODESAF 2014-2015  
- en millones de colones -.

Descripción	2015	2014	% Crecimiento
Transferencias del Gobierno Central	373,043	335,959	11%
Contribución Patronal Gobierno Central	215,675	195,775	10%
Cuota Estado como Tal	31,932	26,552	20%
Gob. Central Cuota Trabajador. Independiente. y Convenios Especiales.	73,625	60,453	22%
Gobierno Central Sistema Penitenciario	4,966	3,514	41%
Exámenes de ADN	525	541	-3%
Atención asegurados por cuenta del estado (pob. Indig)	25,000	26,000	-4%
Ley de Tabaco	21,319	23,124	-8%
Transferencias FODESAF	35,376	25,941	36%
<b>Total</b>	<b>408,419</b>	<b>361,900</b>	<b>12.9%</b>

xiii) Diferencia Ingresos – Egresos, período 2010– 2014  
y distribución de los recursos CCSS  
-en millones de colones- (gráfico).

xiv) Gastos e inversiones.

xv) Principales actividades para la formulación del presupuesto.

xvi) Aspectos relevantes de los gastos.

Fortalecimiento de gastos operativos de los Centros de Salud (promedio de crecimiento de un 5,4%).

Inversiones

-Proyectos prioritarios para la GIT (fondo de Infraestructura).

- TIC y EDUS.

- Maquinaria y Equipo Institucional.

Optimización en subpartidas de Tiempo Extraordinario como lo establece la Política Presupuestaria 2015.

Previsión de ajuste salarial 5% para trabajadores de la institución

xvii) Distribución de los gastos totales, 2014 – 2015  
- en millones de colones- (cuadro).

xviii) Gastos de remuneraciones.

xix) Características generales RRHH

- 51.450 Trabajadores y 44.830 plazas fijas / 64 organizaciones gremiales
  - 13 años de antigüedad promedio/ 39 años edad promedio
  - 56,7% Mujeres y 43,3% Hombres
  - 53 series ocupacionales con 582 clases de puestos
  - Planilla Mensual Prom. ¢60.013,4 millones / \$110,1 millones.
- xx) Plazas y gasto mensual por grupo y subgrupo ocupacional, 2012.
- xxi) Subpartidas de Remuneraciones, Período 2015  
(en millones de colones) –gráfico-.
- xxii) Seguro de Salud, Evolución de los tiempos extraordinarios, 2010 – 2015 (en millones de colones)
- xxiii) Proyección de plazas 2015.
- xxiv) Servicios no personales.
- xxv) Servicios no Personales ¢158,013.6.
- xxvi) Materiales y Servicios.
- xxvii) Materiales y Suministros ¢246,190.8.
- xxviii) Transferencias.
- xxix) Transferencias Corrientes ¢106,962.
- xxx) Inversión y Mantenimiento,
- xxxi) Fortalecimiento de la inversión y mantenimiento.  
Período 2011-Presupuesto 2015 –cuadro-.
- xxxii) Fondos especiales.
- xxxiii) Seguro de Salud, Fondos especiales Año 2015  
en millones de ¢ (cuadro).
- xxxiv) Adquisición vehicular  
- en millones de colones -.
- xxxv) Unidades con mayor Presupuesto, 2015  
-en millones de ¢-.
- xxxvi) Distribución de los gastos totales, 2014 – 2015  
- en millones de colones-

xxxvii) Régimen de IVM.

xxxviii) Presupuesto de Ingresos 2014-2015  
(en millones de ¢) –cuadro-.

xxxix) Transferencias incluidas en el Presupuesto  
de la República 2014 - 2015  
- en millones de colones –

Descripción	2015	2014	% Crecimiento
<b>Transferencias del Gobierno Central</b>			
Contribución Patronal Gobierno Central	31,049	28,979	7%
Cuota Estado como Tal	50,462	30,044	68%
Gob. Central Cuota Trabajador. Independiente. y Convenios Especiales.	16,680	15,089	11%
Pago de Estipendios	125	125	0%
<b>Total</b>	<b>98,316</b>	<b>74,237</b>	<b>32%</b>

xl) Ingresos No Tributarios del RIVM ¢149,497 millones  
A junio de 2015.

xli) Ingresos de Capital del RIVM ¢ 31,721 millones  
A junio de 2015.

xlii) Presupuesto de Gastos 2014-2015  
(en millones de ¢)

xliii) Base de Estimación de los Gastos  
(en millones de ¢).

xliv) Inversiones Activos Financieros 2015  
¢ 152,819 millones.



- xliv) Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte  
Principales proyectos y actividades del presupuesto 2015

Descripción	Monto (millones de ¢)
▪ Créditos Hipotecarios	10,000.0
▪ Mantenimiento de Edificio Jorge Debravo (escaleras, techo, instalación eléctrica, entre otros).	446.7
▪ Comisiones y custodia sobre Títulos Valores.	420.0
▪ Consultoría de Modernización Plataforma Tecnológica del Sistema Hipotecario de Crédito.	400.0
▪ Equipos de Computo (servidores, switches, entre otros.)	355.0
▪ Migración de Sistema de Control de Inversiones.	200.0
▪ Mantenimiento Plataforma Tecnológica, Hardware y Sistemas de Información.	150.0
▪ <u>Construcc.</u> , adiciones y mejoras en inmuebles propiedad del IVM.	145.0
▪ Ascensor y sistema contra incendios.	135.0
▪ Consultoría para Valuación Actuarial del RIVM.	100.0
▪ Mantenimiento equipos de comunicación, Central Telefónica IP y enlaces inalámbricos.	97.0
<b>Total</b>	<b>12,448.7</b>

Fuente: Proyecto Plan Presupuesto 2015, unidades de la Gerencia de Pensiones.

- xlvi) Régimen No Contributivo de Pensiones.

- xlvii) Base de Estimación de los Gastos  
R.N.C.P.

Brindar pensiones por los siguientes montos:

- Ordinarias: ¢75,000 durante todo el año.
- Parálisis cerebral: ¢258,149 en promedio mensual.

Concesión de 23 nuevas pensiones de Parálisis Cerebral por mes, considerando una revaloración del monto de la pensión de un 3% cada semestre .

Incremento en el número de pensiones ordinarias de 185 pensiones nuevas mensuales.

1250

Nuevas pensiones pendientes de financiamiento.

- xlvi) Presupuesto de ingresos, Años 2014-2015  
(millones de ¢).

- xlix) PRESUPUESTO DE EGRESOS  
Años 2014-2015 – (millones de ¢).

- l) Propuestas de Acuerdo de Junta Directiva.
- li) Propuesta de Acuerdo Junta Directiva

Con base en las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en los oficios GF-40.491 del 16 de setiembre del 2014 suscrito por la Gerencia Financiera, AFP-0625-2014 emitido por el Área de Formulación de Presupuesto, y el oficio DPI-457-14, AFP-626-2014 de la Dirección de Planificación Institucional y el Área de Formulación, con fecha 16 de setiembre de 2014, se acuerda:

Acuerdo primero: Aprobar el Proyecto Plan-Presupuesto del año 2015 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones por los montos indicados en el siguiente cuadro, considerando los montos presupuestarios de ingresos y egresos, y teniendo presente el oficio AFP-0625-2014 del Área de Formulación de la Dirección de Presupuesto mediante el cual se emite el dictamen técnico y el oficio DPI-457-14, AFP-626-2014 de la Dirección de Planificación Institucional y el Área de Formulación.

<b>Seguro de Salud</b>	<b>Régimen I.V.M.</b>	<b>Régimen No Contrib. Pens.</b>	<b>Total</b>
<b>¢1,823,003.9</b>	<b>¢1,023,695.8</b>	<b>¢132,930.3</b>	<b>¢2,979,630.0</b>

- lii) Propuesta de acuerdo de Junta Directiva:

Acuerdo segundo: Instruir a las unidades ejecutoras a acatar la normativa y lineamientos institucionales relacionados al Plan-Presupuesto, programando las actividades y ejecutando los recursos bajo criterios de razonabilidad, economicidad, priorización de necesidades y productividad del gasto, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera de los regímenes que administra la Institución.

El Director Barrantes Muñoz entiende que el presupuesto no puede existir sino se ha planteado un Plan Anual Operativo (PAO), por lo que pregunta, cómo se aborda en la Institución el presupuesto ordinario, dado que es la expresión numérica de los recursos que corresponden a metas y conoce que la Contraloría General de la República, establece tiempos para su cumplimiento.

Al respecto, señala la doctora Sáenz Madrigal que la idea inicial era analizar las metas y, luego, el presupuesto, pero como se ha tardado en presentar a consideración de la Junta Directiva el PAO, se analizará el Presupuesto Ordinario para el año 2015.

Interviene el Gerente Financiero y aclara que desde el año anterior, el documento se denomina "Plan Presupuesto" con dos componentes: el Presupuesto y el Plan Anual Operativo con las metas. Esta presentación es la primera parte, la segunda le corresponderá realizarla al Dr. Róger Ballesteros en la parte de Planificación. Los dos elementos están juntos en esta sesión de la Junta Directiva.

A propósito de una consulta del Director Alvarado Rivera, tendiente a conocer si alrededor del 13% del aumento en los ingresos del presupuesto, está fundamentalmente ligado a los pagos del Estado, indica el licenciado Picado Chacón que esos son los recursos provenientes del Estado. Ingresan de acuerdo con lo que está estimado por un monto de cuatrocientos ocho mil colones del uno punto nueve billones de colones en ingresos, o sea, cuatrocientos ocho mil millones de colones, provienen del Estado.

Respecto de una inquietud del Director Devandas Brenes, en cuando al pago de los asegurados por el Estado, el licenciado Picado Chacón responde que del Ministerio de Hacienda se reciben veintiocho mil millones de colones, pero en forma complementaria, el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) paga otra parte. Menciona que hace algunos años todo el pago lo realizaba el Ministerio de Hacienda y en un momento determinado, definió que no le correspondía realizar ese pago, dado que son personas que se deberían financiar con recursos de FODESAF porque están definidas en condición de pobreza. De modo que llegaron a un acuerdo entre partes, determinándose que FODESAF financie una parte, pero en el año 2016, el Ministerio de Hacienda no presupuestará más esos recursos, de manera que el FODESAF financiará ese pago. Por otra parte, la relación de los asegurados por cuenta del Estado se tiene con FODESAF, porque con ese organismo se concilian las cifras; además, de los detalles operativos y el Ministerio de Hacienda lo que hace son las transferencias, o sea, el FODESAF es el ente responsable del tema. La Caja le envía las facturas, con base en el Sistema que se maneja en la Dirección de Coberturas Especiales, dado que no solo el cobro corresponde al componte de Riesgos Excluidos, si no el tema de asegurados por cuenta del Estado. Por otro lado, existen las personas aseguradas por Leyes Especiales, que es distinto de asegurados por cuenta del Estado, por ejemplo, Código de la Niñez y Adolescencia, Madres Adolescentes, Adultos Mayores, Personas VIH SIDA, entre otras.

A propósito de una inquietud que manifiesta el Director Alvarado Rivera, respecto de la disminución de los recursos provenientes de la Ley del Tabaco, el Gerente Financiero señala que en el presupuesto, se incluyen estimaciones que se hacen a partir de la información que se tiene y la Caja la toma como un dato, pero, presumiblemente, debería ser una disminución en la cantidad de cajetillas vendidas. Por ejemplo, este año han ingresado alrededor de dos mil millones de colones por mes, pero la estimación se proyecta hacia la baja. En última instancia si se producen más recursos producto de esa Ley, el Ministerio de Hacienda lo haría ingresar y la Caja tendría que incluirlo en el Presupuesto Institucional, por medio de un presupuesto extraordinario.

Ante una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez tendiente a conocer cuál es la estimación en remuneraciones, responde don Gustavo Picado que es un millón ciento ochenta y seis mil millones de colones y, porcentualmente, corresponde a un 65% del presupuesto total con un crecimiento del 8.6% anual.

En cuanto a una consulta del licenciado Gutiérrez Jiménez respecto de la cesantía, el Gerente Financiero anota que para este año el gasto proyectado es de veinticinco mil millones de colones y la para el año 2015 es de veintiséis mil millones de colones.

Respecto de una inquietud de don Adolfo Gutiérrez, en relación con el gasto en Guardias Médicas, recuerda la Dra. Villalta Bonilla que en la Zona Sur se han estado asignando Especialistas, de manera que si en un Hospital, existe Ginecólogo se debe asignar el rubro de

Disponibilidades Médicas. Por otro lado, en este momento en Coto Brus hay Radiólogo, se están enviando Cirujanos y Ortopedistas para Ciudad Neilly, o sea, se está reforzando la Zona Sur. Además, el Servicio de Urología del Hospital Nacional de Niños y algunos Hospitales Nacionales, al realizar trasplantes se están autorizando las disponibilidades, aclara que solo para la época que se realizan trasplantes. Por otra parte, el Reglamento de Disponibilidades Médicas, se está revisando para determinar la posibilidad de que estos Especialistas puedan realizar disponibilidades temporalmente, o sea, cuando se realizan los trasplantes, son estrategias que se están utilizando. Por otra parte, el Hospital de Upala se está reforzando con un Anestesiólogo y un Cirujano y se están abriendo nuevos Servicios en Hospitales Periféricos, por lo que se debe contemplar el pago de Disponibilidades Médicas. Sin embargo, se revisará y el tema se presentará a consideración de la Junta Directiva.

Recuerda el licenciado Gutiérrez Jiménez que la norma que se había determinado que se implementara era la creatividad, para que ese rubro no se convirtiera en un disparador del gasto.

Ante una consulta del Director Fallas Camacho, señala el licenciado Picado Chacón que la brecha en inversión que se tiene en vehículos, es de alrededor de nueve mil millones de colones, de manera que se ha dispuesto como mecanismo, que con los recursos que se pagan a la Cruz Roja u otros proveedores privados, se sustituyan algunos vehículos institucionales. El monto presupuestado es lo que se está asignando al Nivel Central, pero los vehículos de las Redes u Áreas podrían ser sustituidos, como se indicó, con lo que se invierte pagándolo a la Cruz Roja u otros proveedores privados. Destaca que es una base de financiamiento significativa, que no se tiene desde hace mucho tiempo y va disminuyendo la brecha, dado que en el tema de flotilla vehicular, existen grandes necesidades.

A propósito de una inquietud del Director Gutiérrez Jiménez, anota don Gustavo Picado que cuando se hace referencia al Estado, son las transferencias que realizará al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, su contribución patronal como Gobierno Central por casi treinta y un mil millones de colones. Por otro lado, la cuota del Estado es de alrededor de un 68% y tiene dos efectos, primero, se buscó cubrir el aumento del 0.5%, dado que pagaban un 0.25% y, en este momento, les corresponde pagar un 0.16% más.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, en cuanto al presupuesto de ingresos y gastos de la Institución porque, particularmente, cree que no se tiene un Convenio con el Estado, es lo que ha indicado en la Junta Directiva anterior y lo mantiene, el documento que se firmó, en lo que corresponde al sector privado y algunos otros Directores, no están conformes. Por otro lado, le parece importante tener claridad de cómo están esas negociaciones, porque lo que ese documento indica, es que se está empezando una negociación, pero ha dejado en actas que existía un acuerdo formal, en el que se integró un grupo negociador hace dos años y ha venido negociando. Le parece que se debe analizar el tema, porque no entiende cómo se puede analizar un presupuesto, cuando se tiene pendiente la negociación de la deuda del Estado, por alrededor de setecientos cincuenta mil millones de colones. Le parece importante conocer si en el Presupuesto General de la República, enviado a la Asamblea Legislativa, se están considerando los pagos de la Caja y en cuánto. Por otro lado, ve la conveniencia de que se informe cómo están esas negociaciones, por ejemplo, cuando se analizan los pagos de corto plazo, entiende que en la parte de estos ingresos, existen sumas adicionales que no están contempladas en el presupuesto,

por lo que se tiene que definir, qué sucede con ese pago del Estado y cuánto tiempo tiene que esperar la Institución, para recibir un primer pago de corto plazo.

Aclara el licenciado Picado Chacón que en el caso del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte IVM (RIVM), la deuda del Estado de los setecientos cincuenta millones de colones, no se pueden programar presupuestariamente recursos, dado que no estén disponibles. Por otro lado, en cuanto a tema de la Comisión, se tiene programada una primera sesión para la otra semana; además, viene al país una misión del Banco Mundial, porque existe un componente que se venía negociando hace tiempo, en términos de alrededor de cuatrocientos millones de dólares y, eventualmente, en 15 días el panorama se puede tener claro. La comisión tiene proyectado realizar trabajos por fases, hay rubros que, históricamente, se han compartido y se han conciliado de forma sencilla. Por ejemplo, la contribución del Estado como tal es un cálculo sencillo, asegurados independientes, voluntarios y con bienes colectivos., es un componente que se debería resolver en muy poco tiempo. Luego, se tiene un gran componente que es la deuda del Ministerio de Salud y, otro, que son deudas más recientes como sucede con la vacunación, en que se ha realizado la gestión de cobro, pero el Ministerio de Hacienda, no ha hecho un reconocimiento pleno del gasto.

El Director Gutiérrez Jiménez menciona que se tiene dos años de solicitarle al Estado que realice ese pago y para efecto de actas, solicita que por las vía que corresponda, se le exija al Gobierno que honre esa deuda. Además, se interpongan las excepciones que se crean convenientes, por ejemplo, el pago de la vacunación era por un monto de treinta y dos mil millones de colones.

Aclara el Gerente Financiero que son cuarenta y cinco mil millones de colones.

Sobre el particular, señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que se elevó la deuda, ese monto es por cinco años y le parece que hace falta incluir otros gastos. Repite se debería modificar la actitud que se ha empleado de buena fe. Además, como desconoce lo firmado con el Estado o con el Gobierno, le parece que esta Junta Directiva debe reaccionar y tomar las acciones que corresponden, para cobrar esos recursos financieros. Manifiesta que son setecientos cincuenta mil millones de colones, es un monto elevado y la Institución lo está necesitando. Aclara, que hizo referencia a dos años de cobrarle al Estado, pero el asunto data de hace mucho tiempo atrás y estima que hoy día, con las necesidades que se tienen, se debe establecer un mecanismo de cobro y actuar. Lo ha indicado en más de una oportunidad y salva su responsabilidad respecto de este tema, porque le parece que la administración, no ha realizado las acciones, según corresponde.

El Director Devandas Brenes recuerda que ha insistido en que se tiene que hacer un plan de desarrollo de la Caja, porque se establecerían cuáles son las necesidades del país en materia de salud y de atención de la enfermedad. Definidas y cuantificadas esas necesidades, se podría establecer su diferencia y aplicar el artículo 177° de la Constitución Política, porque de esta forma de plantear el presupuesto, permite se evada la normativa constitucional, dado que esta forma de seleccionar los ingresos y presupuestarlos, no se tendrá déficit presupuestario, o sea, siempre se va a tener un equilibrio presupuestario, pero se tendrá una acumulación de necesidades que van creciendo. Por ese motivo, se ha solicitado que se realice una interpretación del artículo 177° de la Constitución Política y su transitorio, porque el artículo es muy claro, si la Caja tiene faltantes para cubrir necesidades actuales y futuras, el Poder Ejecutivo tiene que

incluir esas diferencias en el Presupuesto Nacional, pero reitera que la forma en que se elabora el presupuesto, no mostrará esas diferencias y, entonces, la Junta Directiva no tendrá que enviar una nota al Ministerio de Hacienda, solicitando el faltante de esos recursos financieros, para cubrir las necesidades que quedan descubiertas. Le preocupa que esa forma de plantear el Presupuesto Institucional, oculte la obligación del Estado, dado que el artículo 12° del Reglamento de Salud, se convirtió en un espacio para trasladar las personas del sector de la universalización, a cubrir las cuotas recaudadas por planillas. Si se analiza ese transitorio del artículo 177° constitucional, donde se indica que en la universalización están incluidos los familiares de los trabajadores, entonces, se determina que la cobertura de tantos asegurados por las cuotas obrero-patronales, en realidad lo que se está haciendo es trasladando las personas del sector de la universalización, al sector de la cobertura y disminuyendo el monto de la factura que le corresponde pagar al Estado. Además, esta es una querrela que, por muchos años antes y ahora, se tendrán que tomar algunas decisiones; por ejemplo, la Base Mínima Contributiva que se indicó, se va a elevar hasta el salario mínimo y no corresponde con el comportamiento de las contribuciones, por medio de las cuotas de las planillas, dado que el ingreso promedio en Costa Rica, sobrepasa los cuatrocientos mil colones en planillas, el salario mínimo es de alrededor de doscientos cinco mil colones y el mínimo de contribución, está establecido en ciento sesenta mil colones. Significa que el sector obrero-patronal está subsidiando la universalización de los Seguros Sociales en Costa Rica, porque contribuye con el 85% de las cuotas del sector salud, para una población que corresponde al 26% del total de la población. Le preocupa el presupuesto, dado que es inercial, es decir, el desarrollo del comportamiento histórico no le satisface y, adelanta, que no votará a favor del Proyecto de Presupuesto para el año 2015. Por otro lado, continuará insistiendo, en que esta Junta Directiva tiene que aprobar un verdadero Plan de Desarrollo de la Caja, en los diversos componentes, como se determinó en los Modelos de Atención, Salud, Gestión y Financiero, lo que permitirá empezar a trabajar en forma planificada, en el desarrollo de la Institución y en la satisfacción de las necesidades nacionales en este campo.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y hace referencia al superávit que se menciona, en términos de que equivale como a 22 días de la operación de la Caja. Le parece que esa reserva por ese tiempo no produce impacto, por lo que sugiere que se inviertan en situaciones urgentes de la Institución. Pregunta si se justifica tener esa reserva.

Al respecto, señala el Gerente Financiero que esa reserva no se podría reconocer en el presupuesto, hasta que no se cierre el período y la Contraloría General de la República, indique en cuánto se podría establecer firmemente, cuál es la diferencia que se determina entre gastos e ingresos y, en ese caso, se le da utilidad en varios usos. Por ejemplo, veinticinco mil millones de colones se utilizan para financiar el presupuesto del año 2015, ocho mil millones de colones se reservan para el Plan Nacional de Desarrollo, dieciocho mil millones de colones para las posibles reservas técnicas y quedan de alrededor de treinta y tres mil millones de colones, que podrían engrosar asignaciones globales, de ahí en algún momento, la Junta Directiva podría tomar una decisión de encauzar más recursos para otros usos. De modo que, conservadoramente, la Caja debe mantener un espacio para necesidades no previstas, como sucedió con el Hospital de Puntarenas, que no se tenían recursos financieros disponibles y se tenía que reforzar. Eventualmente, se podría dejar en reserva, algunos recursos para atender necesidades de la Institución y fortalecer los programas para el año 2015.

El Director Fallas Camacho refiere que desconoce, cómo va a ser aprobado el Proyecto de presupuesto, proyectado para el año 2015 en la Asamblea Legislativa. Recuerda que con la crisis que se tuvo en el año 2010, se planteó la necesidad de establecer una política para realizar una reserva financiera. Sin embargo, la Ley lo establece, no pueden existir reservas, dado que el Seguro de Salud es de reparto, pero por racionalidad se deben dejar recursos financieros para la primera quincena del mes de enero del año siguiente, dado que no se realizan cobros sino a partir del 15 ó 16 de enero siguiente. Sin embargo, se tienen que cubrir los gastos y las obligaciones de la primera bisemana de enero, el monto es de alrededor de treinta y dos mil millones de colones. En todo caso, cree que es prudente valorar se tenga algún recurso financiero en reserva, para mitigar algún riesgo que pueda tener la Institución.

La Directora Alfaro Murillo en la línea de algunos tópicos señalados por don Mario Devandas, indica que si se presenta una problemática, por ejemplo, como el reforzamiento que hubo que hacerle al Hospital de Puntarenas y dado que no se tienen reservas en recursos financieros disponibles. En el momento que surge una necesidad de esa naturaleza, le parece que se debe apelar al Estado y solicitar que honre sus deudas con la Institución. Estima que esos momentos de necesidad, son los que propician espacios políticos adecuados para hacer el cobro.

Señala el doctor Devandas Brenes que existe un ejemplo claro, en el sentido de que le cuesta a la Institución dos mil millones de colones, la cárcel de enfermos mentales delincuentes. De modo que si se realiza un presupuesto basado en necesidades, no alcanzarían los recursos que se tienen.

Aclara la señora Presidenta Ejecutiva que es un Centro de Atención de Pacientes.

Anota don Mario Devandas que es una cárcel y está de acuerdo en que se están atendiendo enfermos mentales, pero no es lo mismo un hospital donde se tiene personas hospitalizadas a tener enfermos que cumplen una condena de ocho años, o sea, durante ese tiempo se deben atender y mantener, entre otros. En una sesión se indicó que el Estado no aporta ni custodios, ni policías para atender esas personas y con el grave peligro que implica para los funcionarios. Por otro lado, antes de que se analice el Plan Anual Operativo, plantea una moción de orden, para que respecto del acuerdo del Hospital México, se analice unos detalles de redacción del acuerdo de la Junta Directiva.

**Por otra parte, se dispone** continuar con el tratamiento de este asunto en adelante y conocer enseguida la propuesta de acuerdo en relación con los quirófanos del Hospital México que con las observaciones formuladas se acoge por unanimidad.

**Por lo tanto,**

**ACUERDO PRIMERO:** conocida la información presentada por la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, que concuerda con los términos del oficio número GIT-33793-2014, de fecha 03 de setiembre del año 2014, así como con base en su recomendación, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el informe sobre gestión del mantenimiento, estado de las instalaciones electromecánicas y propuestas de abordaje para la recuperación de las salas de cirugía del

Hospital México, y dar traslado de dicho informe a la Auditoría Interna para las acciones que en derecho corresponda.

- 2) Reiterar a todas las unidades de la Institución la obligatoriedad de implementar acciones orientadas al fortalecimiento del mantenimiento de los recursos físicos a su cargo, de acuerdo con el *Reglamento del Sistema de Gestión del Mantenimiento Institucional y las responsabilidades que se derivan de su incumplimiento*.
- 3) Respecto de los Proyectos para la Habilitación de Quirófanos Temporales y Renovación de las Salas de Cirugía del Hospital México, instruir:
  - a. A la Gerencia Médica para que ordene al Director del Hospital México, para que continúe con las acciones de contingencia para la inmediata habilitación de quirófanos provisionales en el Hospital.
  - b. A la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para que continúe con las acciones que correspondan, a fin de concretar el Proyecto de construcción de los nuevos quirófanos dentro del Hospital México, según el escenario número 2 recomendado en el informe remitido a esta Junta Directiva con el oficio número GIT-33793-2014, cuyos plazos deben ser respetados. Para tales efectos se deberán incorporar en la etapa de planificación del alcance del Proyecto, los criterios de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la Gerencia Médica.
  - c. A la Gerencia Financiera, para que asigne los recursos correspondientes para la ejecución del Proyecto en referencia, de conformidad con la programación prevista para su desarrollo, según el citado escenario número 2.

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.

Se prosigue con el conocimiento de los temas en torno al presupuesto institucional para el año 2015.

El Director Devandas Brenes se disculpa y se retira del salón de sesiones.

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

Ingresa al salón de sesiones: doctora María del Rocío Sánchez Montero, Dr. Jorge Fonseca Renault, Director de la Dirección de Redes de Servicios de Salud, Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director Ejecutivo del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red; Dr. Gonzalo Azúa Córdoba, Dr. Raúl Sánchez Alfaro, Director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; licenciados Claudio Arce Ramírez, Luis Rivera Cordero, Director de Bienestar Laboral; licenciada Jacqueline Castillo Rivas, Jefe del Departamento de Estadística de la Dirección Actuarial; ingeniera Susan Peraza Solano, Jefe de la Subárea de Soporte e Integración de Proyectos.



La doctora Sánchez Montero continúa con el tema de la Carga de la Enfermedad, expuesto en el Taller de la Junta Directiva que se realizó el 12 de setiembre de este año. En ese sentido, se refiere a la pirámide poblacional del año 1960, en términos de que tenía una base muy ancha, que estaba dada por la población infanto-juvenil y mostraba la proporción de personas adultas y adultas mayores. No obstante, con el paso de los años a partir, incluso, de los años noventa se determina que se va ensanchando a expensas de los grupos de adultos jóvenes. Finalmente, para el año 2025 se proyecta una reducción en los grupos jóvenes de la población, con un aumento importante en el grupo de adultos y de adultos mayores. Se espera, según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), que en el año 2050, la población de adultos mayores de 65 años y más, superen el 21% de la población total. Destaca porque condicionará el hecho, dado que se ha mejorado la expectativa de vida al nacer y que se vivan más años, de manera que esos grupos de edad más elevada, se están considerando con alto peso en la Carga de Enfermedad, debido a enfermedades crónicas, sobre todo no transmisibles y, además, a un conjunto de lesiones por accidentes de tránsito y patologías de otras naturaleza, sobre todo de salud mental, trastornos mentales y del comportamiento, que están condicionando un comportamiento que presionará, incluso, los servicios de salud. Recuerda que la Carga de la Enfermedad es un recurso crítico, para la acumulación de políticas informadas, porque está compuesta por indicadores compuestos, que les permite conocer las condiciones fatales, es decir, las causas de muertes prematuras, en los diferentes grupos de edad de la población y también, las condiciones no fatales, que son las causas que se asocian con la enfermedad y la discapacidad, pero no solo ese aspecto, sino que además, permite asociar factores de riesgo que son condicionantes y causantes, tanto de las muertes prematuras como de la discapacidad. En este contexto, recuerda que los indicadores compuestos de la Carga de Enfermedad, en realidad lo que expresan es el número acumulado de años debido a mala salud, discapacidad o muerte temprana y están constituidos, por la suma de los años vividos con discapacidad y los años perdidos por muertes prematuras. Cuando se realiza el análisis de la carga de enfermedad, se tipifica en tres grandes grupos que están distribuidas de la siguiente forma:

1. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Las enfermedades transmisibles y asociadas al aspecto materno infantil, como son las afecciones del período perinatal, las anomalías congénitas y los trastornos y deficiencias nutricionales.
3. Las lesiones, producidas por accidentes de tránsito, por lesiones auto-infringidas, por intentos de suicidio y por homicidios. Se encuentran también las caídas y las muertes por ahogamiento.

Por otro lado, señala que en la información, se incluye la distribución de las principales causas, tanto de muertes prematuras como de enfermedad y discapacidad. Se tienen grupos importantes que son relevantes en la mayoría de los grupos de edad. En los grupos de edad están consideradas, por ejemplo, la cantidad de muertes prematuras y las lesiones con discapacidad, son los grupos entre los 45 años y 49 años de edad. A partir del análisis de la Carga de la Enfermedad y de la asociación de este análisis, con otros factores que se han ido estudiando, como las condiciones de aseguramiento, las tasas específicas de mortalidad, según cantones de ocurrencia y de residencia de los fallecidos. Como ilustración, aunado al análisis de las tasas de incidencia, es decir, del número de casos nuevos, de las diferentes enfermedades que se presentan al año, así como de las tasas de prevalencia, son las del total de casos de una enfermedad en un período, se ha priorizado un conjunto de problemas, que tienen un alto peso o una alta

contribución en la Carga de la Enfermedad; de mera que se han agrupado en cuatro grupos: las enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en las enfermedades cardio y cerebro vascular, insuficiencia renal crónica, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, donde se descarta la diabetes mellitus y las dislipidemias, que es el aumento de las grasas en la sangre. Por otro lado, el aumento de la incidencia de la mortalidad y la discapacidad por cáncer con énfasis en los cánceres de cérvix, de mama, estómago, colon, rectal y próstata. Por otra parte, un grupo es el aumento de los eventos asociados con violencia, haciendo énfasis en este caso en los desórdenes mentales del comportamiento, las adicciones y las prácticas no saludables y sus efectos con énfasis, en este caso al sobrepeso, la obesidad, la inactividad física, las dislipidemias, el tabaquismo, el fumado y la inadecuada alimentación, entre otros. Con base en estos problemas, lo que corresponde a las metas institucionales y la contribución institucional, en la meta sectorial del Plan Nacional de Desarrollo, se ha concentrado la posibilidad de desarrollar, institucionalmente, tres grandes programas y el objetivo estratégico institucional, sería proporcionar servicios de salud integrales e integrados, mediante intervenciones que contribuyan a la mejora de la salud de la población y, en ese sentido, el desarrollo de cada uno de estos tres programas: la Atención Integral de las Enfermedades Crónicas no transmisibles, con énfasis en algunas que son enfermedad, pero también son factores de riesgo y condicionan otras como son la hipertensión arterial, las dislipidemias y la diabetes mellitus. La Detección Temprana, el Control y la Rehabilitación de las Personas con Cáncer, con énfasis en los cánceres que mencionó y, finalmente, el Programa Institucional de Atención de los Trastornos Mentales del Comportamiento y de las Adicciones. Cada uno de estos programas, conlleva un conjunto de resultados y metas de cumplimiento anual y de evaluación con los cuales la Institución estaría contribuyendo en la meta sectorial.

Interviene el doctor Sánchez Alfaro y señala que la información de la Carga de Enfermedad, permite tener un análisis de la situación completa e integrada, como para definir cuáles van a ser los programas prioritarios y, en ese sentido, se tiene el Programa de Atención Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles con énfasis en hipertensión, diabetes y dislipidemias. Cuando se hace referencia de enfermedades crónicas, incluso, no transmisibles está incluido el cáncer. En este caso, se va a hacer énfasis en estas tres enfermedades crónicas, dado que son la principal causa de la Carga de Enfermedad y lo que se proyecta hacer. Cuáles son las metas esperadas. En principio, incrementar la cobertura en ese porcentaje de atención a la persona, con enfermedades crónicas no transmisibles. Se está cubriendo el 34% de los diabéticos y de los hipertensos y están controlados el 60% de ellos, además, se tienen niveles diferentes de cobertura en diabetes y dislipidemias, que son entre el 30% y el 40% de la población mayor de veinte años. Por otro lado, como meta es importante cubrir a esos usuarios para lograr lo que se denomina control óptimo. Significa que el hipertenso tenga valores normales de presión arterial, el dislipidémico tenga valores normales de colesterol y el diabético una glucosa controlada para evitar la complicación. Si se logra que esos pacientes tengan este control óptimo, se van a prevenir las complicaciones, de manera que se va a insistir en lo que es el control óptimo. Por otro lado, la Institución tiene que abordar el campo de la Promoción de la Salud de los Servicios de Salud; compete a la Institución, por lo que se está proyectando que la cuarta parte de la población consuma fruta y vegetales, en una proporción mayor o igual a un 5% y se incrementen al menos, en un 5% en la población de 20 años que realice actividad física y moderada. Por lo que se deben cuestionar, cómo se proyecta intervenir en esas áreas, cuáles son las estrategias de intervención propuestas. Si la Institución es responsable de llevar a cabo lo que se denomina atención integral, se tiene que incluir los cuatro componentes. Por ejemplo, promoción,

conlleve lo que son prácticas saludables de mejorar los estilos de vida, en ese sentido, por medio de prácticas saludables en lo que es alimentación y actividad física. En estos momentos, la Normativa Técnica está fragmentada, dado que se tiene una normativa para el diabético, otra para el hipertenso y otra para el dislipidémico. Se tendrá que hacer un esfuerzo para integrar la normativa, por ejemplo, en el caso de pacientes adultos mayores que son diabéticos e hipertensos y, además, son obesos, se va a realizar un formato de guía de prevención primaria, con el fin de que estos programas se desarrollen básicamente en el Primer Nivel de Atención, o sea, para que se fortalezca. Además, se tienen que desarrollar unas intervenciones de protección de la salud y planes de educación para fortalecer, la adherencia al abordaje de los factores de riesgo. Destaca que es importante que el modelo readecuado de atención, no se haya completado. Por lo que se debe hacer una reconceptualización de las áreas de salud, incluso, incorporando al menos un EBAIS, se tratará de acercarse a la meta de tres mil quinientos habitantes por EBAIS. El otro programa importante, es el Programa Institucional de Atención de los Trastornos Mentales del Comportamiento y las Adicciones. En el año 2010, fue una de las segundas causas de la Carga de la Enfermedad y, en ese sentido, los servicios de salud no están trabajando. En cuanto a las metas del Programa se espera que al menos cuarenta áreas de salud, estén ejecutando acciones en promoción, en prevención y detección oportuna y, por ende, de atención de la persona consumidora de sustancias, con trastornos mentales y de comportamiento, en el Primer Nivel de Atención. Además, enfocando también el Segundo Nivel de Atención, se necesita desarrollar al menos 20 equipos interdisciplinarios, conformados en establecimientos de salud para la atención ambulatoria de adicciones y salud mental, esos equipos interdisciplinarios, serán la contención y, por último, si se establece es necesario, completar con un Servicio de Psiquiatría, en cuatro hospitales, para prestar atención en este momento y completar con otros cuatro servicios, en un plazo de cuatro años. En el Programa de Enfermedades de la Salud Mental, se pretende fortalecer el Primer Nivel de Atención, para que los equipos de salud y los médicos generales, puedan dar un abordaje más de promoción y prevención, con el fin de contener una demanda a los otros niveles. En ese sentido, las estrategias propuestas, van en la línea de capacitación, promoción y prevención en el Primer Nivel de Atención, para realizar la atención y la referencia a un abordaje en el Primer Nivel de Atención, para realizar la detección y referencia, un abordaje en el Primer y Segundo Nivel de Atención, mediante equipos interdisciplinarios y una implementación de la capacidad instalada de hospitalización, en los Hospitales Regionales y Periféricos.

El doctor Azúa Córdoba interviene y señala que las propuestas relacionadas con el cáncer, no son aisladas, dado que vienen a complementar, fortalecer e impulsar lo que se ha estado trabajando. Por ejemplo, el cáncer de mama, es el de mayor incidencia, se ha propuesto disminuir la brecha, porque no todas las mujeres en el país, tienen oportunidad de que se le realice el examen, porque en este momento, solo la mamografía permite realizar un diagnóstico temprano. De manera que se pretende ofrecer: capacidad en todos los lugares, sea con equipos fijos o con equipos móviles. En este año, se estableció la normativa para tamizar el cáncer de mama porque, históricamente, lo que existía era mucha contemplación y precepción; de modo que cada médico aplicaba su normativa. Otro de los problemas que se ha asociado con el problema de mamografía, es que se realiza el examen como tal y es bueno, es lo mejor que existe para el cáncer de mayor incidencia en la mujer, pero se conoce que la interpretación y la lectura, históricamente, han tenido problemas. Para el próximo mes o los dos meses siguientes, se va a renegociar con los Radiólogos la lectura de las mamografías, porque no se había estandarizado el proceso y era muy difícil. Actualmente, mediante imágenes de tecnologías de

cuestión digital, se puede disociar para los dos procesos. Por un lado, lo que corresponde a la toma, que es el único método que se tiene en este momento y, por otro lado, la lectura, de manera que los recursos financieros, son para que se tenga un Centro para la Interpretación de Mamografías.

Interviene el Director Loría Chaves y señala que pareciera que la vacuna del Papiloma Humano Virus, es efectiva y sería una buena opción para disminuir la incidencia de esta naturaleza de cáncer.

El Dr. Azúa Córdoba concuerda con el Sr. Loría Chaves y anota que de hecho los Especialistas están de acuerdo, pero existe un problema de proceso con el Ministerio de Salud, la vacuna está lista, pero está en un proceso de evaluación y aprobación diferente, pero los grupos que están trabajando en la vacuna, están de acuerdo. Por otro lado, se debe dar cobertura de atención y se requiere del apoyo del médico general en atención primaria, que son los encargados de atender las mujeres y promover el diagnóstico, porque si bien el Papanicolau determina algunas alteraciones que orientan hacia cáncer, eventualmente, el cáncer uterino tiene la particularidad de que es el único que en este momento se conoce la causa, es transmisible, es prevenible, es decir, los esfuerzos en mujeres jóvenes productivas, no existe justificación para que no se centre en ese punto de vista y la idea, es que el virus del Papiloma está identificado que es el responsable del cáncer de cérvix, realizar una proyección para introducir esta prueba, que sea más sensible y específica, permitirá no solo identificar las pacientes o las personas que tienen riesgo, dado que si tienen Papiloma no significa que tienen cáncer, pero tienen el riesgo de desarrollarlo, sino que, además, les va a permitir que aquellas mujeres que tienen el Papanicolau realizado, se puedan espaciar más, es decir, sacarle más provecho al recurso que se tiene. La propuesta es iniciar en la Región Chorotega, donde existe una mayor incidencia y mortalidad con una proyección a cinco o siete años, para luego extender a toda la población. La ventaja es que es un proceso más expedito, se requiere menos personal, se puede hacer una lectura de los 16 ó 18 tipos de papiloma que más se asocian a cáncer. Con respecto al cáncer del tubo digestivo y colon, tiene la particularidad, que existe una alta tasa de mortalidad, es decir, es superior al 60%. Por ejemplo, los casos de cáncer de colon y gástrico suman 1.000 casos al año y de esas dos enfermedades, fallecen alrededor de 950 personas por año. Por otro lado, tradicionalmente, se han preocupado porque la persona no se muera de cáncer y, eventualmente, hay dos tipos de consecuencias con la enfermedad, la persona consulta tardíamente, por lo que se ha desarrollado los cuidados paliativos y se tiene buena cobertura a nivel nacional. Gran número de personas sobreviviente de cáncer quedan discapacitadas, pero con la salvedad que está viva, que son cáncer de próstata, el paciente queda con incontinencia urinaria, disfunción sexual, mujeres con histerectomía que quedan con una vejiga flácida, por lo cual están incontinentes y, eventualmente, necesitarán de terapia de rehabilitación pélvica, para mejorar su condición. Obviamente, van a necesitar un soporte, porque el cáncer está asociado no solo a salud mental, si no a depresión ante el diagnóstico y muchas veces ante la secuela del tratamiento. No solo involucra a la persona, sino al núcleo familiar, porque analizado desde ese contexto, el cáncer es una enfermedad familiar.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y señala que dado el panorama de los programas, se planean las metas que se presentarán a continuación.

Seguidamente, se presenta el oficio del 17 de setiembre del año 2014, número DPI-459-4, firmado por el Director de Planificación Institucional, que está relacionado con las metas institucionales por incluir en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018.

El Dr. Ballesterero Harley anota que se van a presentar las metas físicas, para el Plan Anual Institucional del año 2015, es una propuesta de cada una de las Gerencias y está comprendido por 95 metas. En la presentación se hará referencia a las metas prioritarias que tengan una visión más cercana, para conocer los resultados y es importante señalar que quedan incluidas, 16 metas que corresponden a tres programas, asociados al tema de la Carga de Enfermedad y son metas potenciales del Plan Nacional de Desarrollo Sectorial de Salud, que terminaría de completar el escenario que se presentará a continuación. En términos generales, se mostrará cómo queda estructurada la programación.

La licenciada Jiménez Vargas, con el apoyo de las láminas que se especifican, se refiere a:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social  
Presidencia Ejecutiva  
Dirección de Planificación Institucional  
Plan Anual Institucional 2015  
Setiembre 2014.

2) **Institución.**

1. Programa de Atención integral de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.
2. Programa de Detección Temprana, Control y Rehabilitación de las Personas con Cáncer.
3. Programa Institucional de Atención de los Trastornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones
4. Programa de Pensiones del Régimen No Contributivo.

PAI 2015.

SE DERIVA de Programas Institucionales.  
con enfoque para resultados.

3)



- 4) 29 metas.  
Programas Presupuestarios  
**Programa 1**  
Atención Integral a la Salud de las Personas  
(20 metas).  
**Programa 2**  
Atención Integral de las Pensiones  
(5 metas)  
**Programa 3**  
Conducción Institucional  
(2 metas).  
**Programa 4**  
Régimen No Contributivo de Pensiones  
(2 metas).

Programas institucionales.

1. **Programa de Atención integral de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.**
2. **Programa de Detección Temprana, Control y Rehabilitación de las Personas con Cáncer.**
3. **Programa Institucional de Atención de los Trastornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones**  
15 metas.

1 meta.

4. **Programa de Pensiones del Régimen No Contributivo.**

Planes Tácticos Gerenciales

(13 metas)

Programas Institucionales

(16 metas)

5)

- **Programa.**

Estructura Programática.

- **Producto SIPP.**

PEI (Ejes Estratégicos).

- **Objetivo.**

Programas Institucionales (PI) y de Planes Tácticos Gerenciales (PTG).

- **Meta.**

PI y PTG.

- **Detalle de la Meta.**

PI y PTG.

6) **Atención integral a la salud de las personas.**

## 7) Atención Integral a la Salud de las Personas

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
<b>PND</b> Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de las <u>enfermedades crónicas no transmisibles</u> en la población mayor de 20 años, mediante un abordaje integrado	<b>Cobertura de pacientes con HTA diabetes mellitus y dislipidemias incrementada</b>	<b>Cobertura de pacientes con enfermedades crónicas</b>	HTA: 34%	MCA	1,5 (35,5%)
			DM: 42%	MCA	1,5 (45,5%)
			Dislipidemias: 40%	MCA	1,5 (41,5%)
	<b>Cobertura de pacientes con HTA diabetes mellitus y dislipidemias con control óptimo incrementado</b>	<b>Porcentaje de control óptimo de pacientes con enfermedades crónicas en el primer nivel de atención</b>	HTA: 62%	MCA	1,5 (63,5%)
			DM: 42%	MCA	1,5 (43,5%)
			Dislipidemias: 40%	MCA	1,5 (41,5%)

## 8) Atención Integral a la Salud de las Personas

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
<b>PND</b> Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de las <u>enfermedades crónicas no transmisibles</u> en la población mayor de 20 años, mediante un abordaje integrado	<b>Consumo de frutas y vegetales en población de 20 años y más incrementado</b>	<b>Porcentaje de población de 20 años y más que consume frutas y vegetales</b>	22,3 % población que ingiere 5 raciones de fruta y verduras al día	MCA	22,97%
	<b>Práctica de actividad física en población de 20 años y más incrementada</b>	<b>Porcentaje de incremento de población mayor de 20 años realizando actividad física moderada o alta</b>	49,1 % Población mayor de 20 años realizan actividad física moderada o alta	MCA	1,25% (50,35%)

## 9) Atención Integral a la Salud de las Personas

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
PND Incrementar la sobrevivencia de las personas con cáncer mediante la <u>detección temprana, control y rehabilitación</u>	Cobertura del examen de Papanicolaou (PAP) en mujeres de 35 años y más incrementada a nivel nacional	% de incremento en la cobertura del PAP en mujeres de 20 años y más	35,4% PAP en mujeres de 35 y más años	MCA	3,75% (39,15%)
	Mamografías a nivel nacional incrementada, con énfasis en mujeres de 45 a 69 años	Número de mamografías realizadas	117.111	MCA	140.533
	Prueba de laboratorio para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres de 30 a 64 años implementada en la Región Chorotega	% de implementación de la prueba de VPH en la Región chorotega	0	50%	100%

## 10) Atención Integral a la Salud de las Personas

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
PND Incrementar la sobrevivencia de las personas con cáncer mediante la <u>detección temprana, control y rehabilitación</u>	Cáncer gástrico con detección temprana nivel nacional incrementado	% de proporción de casos de cáncer gástrico diagnosticados en etapa temprana	ND	Construcción línea base	Construcción línea base 2016: 3%
	Prueba de tamizaje para cáncer de colon en personas de 45 a 74 años incrementada	% de incremento en la cobertura de tamizaje de colon en personas de 45 a 74 años	ND	Construcción línea base	Construcción línea base 2016: 3%
	Aumento de la cobertura del proceso de rehabilitación orientada a mitigar los efectos del tratamiento del cáncer.	% de avance en el diseño y operacionalización del proceso de rehabilitación en personas con secuelas de cáncer en la red de servicios de salud	0%	50%	100%



## 11) Atención Integral a la Salud de las Personas

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
PND Desarrollar la atención integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con <u>trastornos mentales</u> y del comportamiento en la red de servicios	Servicios de salud ejecutando acciones de prevención, detección oportuna y atención de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento	Número de áreas de salud ejecutando acciones de prevención, detección oportuna y atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas y con trastornos mentales y del comportamiento	1 (AS Zapote-Catedral)	2	5
		Número de equipos interdisciplinarios conformados en establecimientos de salud	1 (AS equipo interdis. Zapote-Catedral)	2	5
		Número de servicios de Psiquiatría y Salud Mental implementados en hospitales institucionales	4 (H Psiquiátrico, Chacón Paut, Calderón Guardia y Limón)	MCA	1

## 12) Atención Integral a la Salud de las Personas

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
PEI 3b Rediseño del Modelo de Gestión Hospitalaria	PTGM Fortalecimiento de la gestión hospitalaria en red de servicios	% de implementación del Modelo de Gestión Hospitalario según Red de Servicios Sur y Este	0%	50%	100%
PEI 3c Gestión efectiva de las listas de espera	PTGM Gestión efectiva de las listas de espera en cirugía	% de disminución del plazo promedio de espera de los pacientes que se encuentran para la realización de un procedimiento quirúrgico a nivel nacional	8,6% (primer semestre 2014, 254 días)	1%	2%
PEI 3f Implementación de mecanismos de aseguramiento de la calidad en la prestación de los Servicios de Salud	PTGM Desarrollo del conocimiento organizacional, en materia de salud y seguridad social, a partir de investigaciones.	Número de investigaciones realizadas (médico administrativas de interés institucional)	1	2	4

13) **Atención Integral a la Salud de las Personas**

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
<b>PEI 9a</b> Fortalecer la gestión del Portafolio de Proyectos de Infraestructura, Equipo y Tecnología	<b>PTGIT</b> Mejora en infraestructura, equipo y tecnologías en los servicios de salud y pensiones	% global de cumplimiento de las metas anuales del Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión	83%	25%	85%
<b>PEI 10b</b> Desarrollo priorizado de las tecnologías de información y comunicación orientado a los procesos sustantivos institucionales	<b>PTGIT</b> Administración ágil y oportuna de la información clínica del paciente	Cantidad de Áreas de Salud con Expediente Digital Único en salud (EDUS) implementado	24	12	24

14) **Atención Integral de las Pensiones.**15) **Atención Integral de las Pensiones.**

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
<b>PEI 4a</b> Implementación de mejoras en los procesos de otorgamiento de pensiones	<b>PTGP</b> Aumento en la satisfacción de los usuarios de los servicios de pensiones	Número de días naturales promedio para el otorgamiento de las pensiones por <u>vejez</u> a nivel nacional	25	21	20
		Número de días naturales promedio para el otorgamiento de las pensiones por <u>muerte</u> a nivel nacional	54	50	47
		Número de días naturales promedio para el otorgamiento de las pensiones por <u>invalidez</u> a nivel nacional	185	175	170

16) **Atención Integral de las Pensiones.**

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
PEI 4b Implementación de mejoras en la gestión de inversiones del régimen de IVM	PTGP Sostenibilidad el IVM	Tasa anual de rentabilidad real promedio de los últimos 20 años	5,34%	>=3%	>=3%
		Monto anual en millones de colones de créditos hipotecarios de vivienda otorgados con recursos del régimen de IVM	€8.409 millones	€4.000 millones	€10.000 millones

17) **Conducción institucional.**18) **Conducción institucional.**

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
PEI 7d Fortalecimiento de la comunicación organizacional y el manejo de la imagen institucional	PTGA Desarrollo de una cultura de buen trato en los servicios institucionales	% de avance en la implementación del Plan de Acción de la Política Integral de Buen Trato (para un acumulado de 75%)	Plan Elaborado	10%	25%
PEI 9c Implementación del Sistema de Gestión de Mantenimiento	PTGI Proteger el Patrimonio Institucional mediante acciones preventivas y correctivas de mantenimiento para prolongar la vida útil y facilitar el funcionamiento de los servicios	% de avance en a implementación del Plan del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional (SIGM)	85%	30%	100%

19) **Régimen No Contributivo.**

## 20) Régimen No Contributivo.

Objetivo	Resultado	Indicador	Línea Base	Meta Sem	Meta Anual
<b>PND</b> Adjudicar pensiones del RNC a los ciudadanos en situación de pobreza, con énfasis en extrema pobreza y en función de los recursos previstos por ley	Mejores condiciones socioeconómicas de los ciudadanos en situación de pobreza y pobreza extrema, a partir de las pensiones del RNC adjudicadas	Número de Pensiones del RNC adjudicadas por año	2.500	1.875	3.750
<b>PEI 4a</b> Implementación de mejoras en los procesos de otorgamiento de pensiones	<b>PTGP</b> Proporcionar a los afiliados del sistema de Pensiones del IVM y RNC, servicios eficientes, eficaces y de calidad	Cantidad de personas con pensión del RNC	100.308	104.058	105.308

A propósito de una consulta del Director Alvarado Rivera, indica la licenciada Jiménez Vargas que la semana pasada, un equipo técnico conformado a nivel institucional, presentó el tema relacionado con la Carga de la Enfermedad. De modo que se realizó una priorización a nivel Institucional y a nivel nacional de cuáles eran esas necesidades, sin dejar de realizar lo que la Institución viene haciendo, sobre aquellas otras enfermedades que están provocando, mayor Carga de la Enfermedad y están afectando el estilo de vida de cada una de las personas.

En relación con una consulta del licenciado Alvarado Rivera, indica la licenciada Jiménez Vargas que el equipo técnico conformado por el Área del Cáncer, realizó la programación de las metas basados en los mamógrafos, dado que son veintisiete mimógrafos que tiene la Institución en diferentes Áreas y Hospitales de la Caja. Además, se determinó cuál es la capacidad máxima que tiene cada uno de esos mamógrafos y basados en el resultado, se busca optimizarlos.

La señora Presidenta Ejecutiva interviene y señala que dada la modificación de la agenda del día de hoy, el grupo técnico debió haber presentado esa parte y presentar de nuevo el tema que se expuso el viernes pasado, en el Taller y ampliarlo para este segundo asunto. De manera que si surge alguna duda, el grupo está a la espera de que se convoque a la sesión.

Don Renato Alvarado Rivera pregunta si en las metas están incluidas las lecturas de las mamografías, dado que si la objetivo es incrementar las mamografías. Le preocupa que estén vinculadas con su lectura efectiva.

Al Director Fallas Camacho le parece que el objetivo de la meta debería ser a cuántas mujeres se les va a realizar un diagnóstico temprano de cáncer de mama. Además, no se indica cuál va a ser el impacto que se produciría en la población, dado que el cáncer de mama es un problema. La idea es determinar, cómo se podrían acercar cada vez más al impacto final que se produciría y el que se tiene que medir. En cuánto están afectando la salud de la población las acciones que se promueven, considera que forman parte de la planificación que se debe tener y como indica la Dra. Sánchez, cree que por medio de la Carga de la Enfermedad, se está teniendo un diagnóstico que permitirá dirigir los esfuerzos, para resolver esa problemática.

El Director Alvarado Rivera indica que esos aspectos no tienen sentido, porque al final la Institución lo que puede hacer es verificar, cuál es el impacto efectivo que se produce en la salud pública. Le ha parecido que los programas y los números, están dados con muy buenas intenciones, se podría indicar que por qué solo 20.000 mamografías se realizan, que se compren más mamógrafos y se realicen cincuenta mil. Pero el tema es cuál es el impacto real que se produce en la salud pública y cuántas mujeres se están atendiendo, efectivamente. Entonces, establecer metas que no vengan acompañadas con efectos reales de atención, le parece que no es un trabajo responsable. Cree que la meta se podría definir, como tener la lectura efectiva de 20.000 mamografías y no que se realicen 20.000 mamografías.

La señora Presidenta Ejecutiva manifiesta su preocupación, dado que se tiene un desfase entre la presentación que se realizó el viernes, relacionada con la Carga de la Enfermedad, cuál es la meta sanitaria que se está planteando y para cumplir esa meta, qué se plantea. Como una parte del tema se presentó el viernes, se consideró que se podía presentar directamente la meta, pero en la sesión está el grupo que trabajó el estudio de la Carga de la Enfermedad. De manera que se realizará la presentación, para poder presentar las metas del PAO.

El Director Loría Chaves considera que uno de los problemas es que, en algún momento se le estableció un número de lecturas por hora al profesional y le parece que es un número muy bajo. Es decir, un Radiólogo puede realizar 8 lecturas por hora, unas radiografías son muy complejas y otras muy simples, por ejemplo, si el técnico determina que en la mamografía no existe ningún problema, pueden hacer 8 lecturas fáciles o complejas. Por otro lado, un aspecto que le preocupó porque era costumbre en la Caja y desconoce si se continúa con esa práctica, en el sentido de que un Radiólogo le dictaba el resultado del examen a la secretaria. Son aspectos que ha indicado se deben mejorar, porque se produce presa de las lecturas y son procesos que se deben revisar.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, porque considera que las metas del PAO están planteadas de tal manera que no se ajustan a la realidad. Además, cuando se realiza una mamografía a un paciente, se le genera una expectativa. Reitera su preocupación, porque de esa forma no se puede continuar trabajando en la Institución. Se tiene que ser más precisos, para no crear falsas expectativas a las personas y generar preocupación. Recuerda que en algún momento la licenciada Soto Hernández, hizo referencia al tema del rostro humano de la Institución y ese proceder no lo contempla. Por ejemplo, si se le realiza una mamografía a una paciente, se le debe dar el diagnóstico preciso y en el menor tiempo posible.

El doctor Fallas Camacho señala que de una u otra manera, se continúa con las metas tradicionales. Le parece que el planteamiento de las metas, se debe establecer en función del impacto que se produce en los servicios de salud, en términos de qué se va a lograr en la salud de las personas, con lo que se está haciendo. No es fácil, pero se tiene que tener una claridad

meridiana del impacto que se va a producir, porque se ha aumentado la cobertura, pero no es el impacto que se quiere. Además, va a exigir determinar esa cobertura, de qué calidad es para determinar qué resultados se están obteniendo, para resolver los problemas que se presentan y no lograr alcanzar la meta. Por otro lado, analizar si las tareas se pueden regionalizar para alcanzar esas metas. Considera que se va a tener que solicitar apoyo y definir si es por área de salud o por región, para ser más directos y resolver los problemas donde se estén dando, de manera que se deben ser efectivos. Por ejemplo, la Provincia de Guanacaste con el problema de cáncer de cérvix y Cartago con la concentración del diagnóstico de cáncer. Le parece indispensable cómo se va estableciendo el esquema de costos de las actividades y tareas, para que en un futuro tengan la posibilidad de elaborar un presupuesto con mayor certeza, en términos de que se tiene el recurso y se va a producir impacto con esas acciones. Cree que a la Contraloría General de la República se le tendrá que dar metas de esta naturaleza, pero queda satisfecho porque le parece que se debe aumentar la cobertura e, inclusive, es necesario determinar en qué se debe hacer mayor énfasis, si en la prevención o en la promoción de la salud; o se está fallando en la promoción, no solo en el caso del cáncer sino en la diabetes, en la hipertensión arterial en cuanto a la dieta y la alimentación y se tendrían que determinar otros factores, a nivel local. Por ejemplo, no se tiene datos precisos del tema de la contaminación ambiental por área, cómo está el tema de saneamiento ambiental, basura y agua y otros elementos. Estima que se deben abarcar esos factores, para lograr producir impacto y racionalizar el gasto en salud.

Al Dr. Sánchez Alfaro le parece que lo indicado por el Dr. Fallas Camacho es positivo, dado que se perfilan resultados en salud, el control óptimo del paciente hipertenso, en el sentido de tener controlado al paciente, para evitar complicaciones. Además, los servicios de salud solo logran una contribución, un tanto en esa línea pero se proyecta básicamente ese resultado.

El Director Alvarado Rivera ve la conveniencia de que se presente con la proyección de esas metas, un cuadro comparativo entre cuál es la cobertura efectiva que se tiene hoy y cuál se va a tener luego. En la misma línea del Dr. Fallas Camacho, cree que el esfuerzo se debe proyectar en la incidencia que se tiene con los programas, es seguir construyendo programas. Le parece que hace falta información. Conoce que se realiza un buen trabajo, el problema es que para poder administrar, se requiere mucha información; seguro se tiene suficiente, en términos de cómo funcionan las enfermedades, entre otras, pero cuando se presentan una información de esa naturaleza y no se determinan cuáles son los niveles de satisfacción efectiva, y de cuál es el alcance de las intervenciones que se hacen, no se tiene elementos para tomar decisiones. De manera que si toma una decisión en términos de no aprobar las metas del PAO, se podría interpretar que el objetivo de la Junta Directiva es avanzar y prestar más servicios, pero al no tener esa información completa, en lo que se quiere producir impacto, no se puede tomar una decisión respecto del PAO. Dado que es el momento preciso para que se produzca impacto y se eleve la imagen de la Institución. Se puede establecer una meta para que se realicen mamografías, pero si se tiene una lista de espera para ello, se cuestiona lo que se está haciendo y le preocupa, porque ha tenido información de que hay personas que tienen cita para el año 2018. Por ejemplo, conoce el caso de una paciente que se le programó una gastroscopía para el año 2018. Entonces, se pregunta qué se está haciendo, se está estableciendo como meta realizar un número determinado de mamografías, gastroscopías y colonoscopías, pero la cita es para el año 2018. Esos aspectos no empatan y manifiesta que no le satisface las valoraciones de metas sin que se produzca impacto. Le preocupa que se generen expectativas en la población, dado que se va a fortalecer los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), por ejemplo, la

Gerencia de Infraestructura, tiene presupuesto para invertir en más construcciones de EBAIS, se trata de tres mil quinientas personas por EBAIS y se tienen EBAIS que atienden más de cuatro mil personas y, probablemente, no se están atendiendo efectivamente. De manera que si van a construir más EBAIS, se tiene que tener el personal de ese establecimiento de salud, para que preste los servicios de salud a la población efectivamente, porque no funciona tener 50 ó 500 EBAIS más, si al final no se tienen los Especialistas formados, porque el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) no los está preparando. Refiere que todo el análisis y propuestas de metas en un Plan Anual Operativo (PAO), sino están articuladas en un programa de desarrollo de atención no funciona. Insiste porque desea que sus palabras queden constando, porque determina la desarticulación de los procesos, de manera que es muy difícil producir impacto en la atención de las personas.

El Director Barrantes Muñoz agradece las exposiciones y recuerda que el pasado fin de semana se realizó un taller, en el cual esta Junta Directiva se abocó a realizar un esfuerzo para definir los temas estratégicos, en los cuales se debe profundizar para reorientar el funcionamiento institucional, a partir de reconocer que tiene un marco de macropolíticas, definidas para una situación de crisis y, básicamente, dentro de una línea de contención de mera sobrevivencia como lo señalaron esas macropolíticas. Se proyecta avanzar a una situación para retomar una perspectiva estratégica con sostenibilidad y se concluyó, que había tres grandes temas en los cuales se debe profundizar, a saber: los Modelos de Salud, de Gestión y el Financiero, en los cuales se debe orientar el esfuerzo de la Junta Directiva. El insumo que se les presentó en relación con la Carga de la Enfermedad fue muy valioso, para abordar el primero de los grandes temas, dado que es el punto medular de esa construcción que es Modelo de Salud y la razón de existir de esta Institución, lo demás son tributarios y esa es una tarea en la cual están. En esa circunstancia, se analiza el requerimiento formal de todos los años de presentar, el Proyecto de Presupuesto Institucional a la Contraloría General de la República; además, se tiene una situación especial, en el sentido de que esta Institución no nace con ellos y está caminando y tiene una fuerza de inercia sumamente grande, que se expresa en su modelo de planeamiento, en su estructura presupuestaria, en toda una cultura institucional que es la que existe. Se refiere a cómo integrar ambas dinámicas y el esfuerzo de esta Junta Directiva por reencaminar esta Institución, en una perspectiva de desarrollo estratégico, con ese criterio de que responda a las necesidades de salud de esta sociedad y con sostenibilidad, así como la coyuntura de este presupuesto, con la perspectiva del año 2015. Se observa una mera transición, porque se están plasmando en el Plan Anual Operativo Institucional, elementos claves del Estudio de la Carga de la Enfermedad, por ejemplo. Por otro lado, se tienen que cuestionar si el Presupuesto se liga con el Plan Anual Institucional y se determinó que se relaciona pero no se entienden, o se medio entienden. Ese es un gran problema, por lo que se debe buscar la forma de que se comuniquen perfectamente. Tiene que haber una correlación clarísima entre el Presupuesto y el Plan Anual Operativo Institucional, es fácil que se indique pero la realidad, es que por la inercia institucional es difícil que se logre, pero existen temas en los que se desea se logre un avance. Por lo menos, no se determina que el Presupuesto y el PAO se correspondan y no está convencido de que como está planteado, le parece que falta un requerimiento, por lo que solicita que se debe cumplir, en el sentido de cómo se determinan los recursos presupuestarios plasmados o asignados en relación con el Plan Anual Institucional. Desea determinar ese enfoque porque el presupuesto tal y como se presentó, incluso, hasta en el orden metodológico, se determina la inercia institucional. Está de acuerdo con el planteamiento, con la observación que realizó don Mario Devandas, fundamentalmente, que se percibe inercia de lo que sucede todos los años, porque tiene que

ocurrir, salarios y todos los distintos requerimientos. Es tal la inercia que tiene previsiones para continuar funcionando, sin ni siquiera tener que indicarle al Estado que requiere para continuar el recursos financieros, producto de la deuda del Gobierno, porque el Proyecto de Presupuesto se realiza de tal manera que funciona, repite, hasta prescindiendo de que el Estado pague o no pague y la Caja continúa funcionando. Por otra parte, le gustaría analizar la asignación de recursos presupuestarios por programas y la asignación de recursos presupuestarios, en relación con el Modelo de Salud, para visualizar al menos esa asignación de recursos, porque es lo que le permitirá a la Junta Directiva, realizar el seguimiento y pedir rendición de cuentas. Comparte con el Dr. Fallas Camacho, en términos de que se incorporen las metas conforme con lo que se indica en el Estudio de la Carga de la Enfermedad; por otra parte, precisar metas que produzcan impacto y que se logre determinar si se cumplen.

La señora Presidenta Ejecutiva recuerda que el Estudio de la Carga de la Enfermedad, está sustentando en una propuesta para programas y es parte de la contribución que realiza la Institución, en el Sector Salud y el Sector Social al Plan Nacional de Desarrollo, ambos son requerimientos que necesitan ser analizados en la Junta Directiva, para ser aprobados y enviados. Por otro lado, aclara que el grupo ha estado avanzado en el tema de costos, en términos de cuánto cuesta cada uno de estos programas. En el transcurso de la sesión se analizó la parte presupuestaria más general de la Institución. Le parece que, efectivamente, lo que se está planteando, en ese marco de la inercia, se realizó ese trabajo, probablemente, no fue visible en el momento de la presentación, entonces, le parece muy oportuna la recomendación. Además, conoce que se ha trabajado en el tema porque el plan lo requiere, en el sentido de que exista una estimación de los costos, pero un tema son los costos y lo otro, es la parte de la presupuestación, son dos aspectos distintos. Uno es cuánto cuesta y la otra parte el presupuesto y cómo, tradicionalmente, la Institución lo ha realizado.

El Auditor comparte lo señalado por el doctor Fallas Camacho, en relación con la presentación de la Carga de la Enfermedad, no tuvo la oportunidad de estar en la exposición el viernes pasado, pero con lo que se ha indicado, queda satisfecho y le parece que son los aspectos que se deben presentar en la Junta Directiva, sobre cuál debería de ser la forma en que se organice y se realice, el proceso de planificación de la salud en la Institución, en ese sentido, le pareció muy atinado. Considera que la Junta Directiva está de acuerdo con la propuesta mejorada, pero se requiere la aprobación para que se continúe con el proceso. En ese sentido, retoma las palabras de don Rolando Barrantes, si la Junta Directiva aprueba este Presupuesto, no se tiene que desaprovechar la oportunidad del año 2015, en que ejecutará un presupuesto para continuar con la propuesta tradicional de lo que ha sido el instrumento en la Caja, sino que se replante y se traduzca en los programas, en la fijación de metas a las que se refirió el doctor Fallas Camacho y cree que don Rolando Barrantes también lo secundó. Realizar ese esfuerzo para definir los indicadores para cada uno de estos nuevos programas, de manera que los lleve a la elaboración del nuevo Modelo de Atención en Salud de la Institución. Luego, se tiene que definir cómo se convierte en realidad, cómo se va a ejecutar el presupuesto, cuáles son los programas que se van a poner en práctica para desarrollarlos y, necesariamente, se debe revisar la estructura, por ejemplo, de los EBAIS, las áreas de salud, así como determinar el papel que desempeñan las Direcciones Regionales; además, de la estructura administrativa que tiene la Institución para apoyar los programas. La definición de esos aspectos llevaría a la formulación del Modelo de Atención en Salud a nivel de las diferentes regiones. En relación con el presupuesto, le parece que es de equilibrio, conoce que está hecho con base en la forma tradicional, pero desde el punto de vista de la estructura



tradicional que ha utilizado la Caja, determina que desde el aspecto financiero, es un presupuesto equilibrado y lo argumenta y lo sustenta de la siguiente forma: si se analiza el comportamiento de los ingresos corrientes, desde el punto de vista de ingreso, se tiene que comparando el presupuesto del año 2015 con el del año 2014, se determina una tasa de crecimiento del 8.9%. Si se analizan las partidas variables, el crecimiento es el 1.5%, entonces, si los ingresos corrientes están creciendo un 8.9% y los gastos variables en 1.5%, le parece que el gasto es controlable. Como ilustración, si se analiza la inversión que se realiza y que afecta la operación a mediano plazo y a largo plazo, se determina que existe un crecimiento de un 17%, pero al analizar el componente de la inversión, se tiene que no produce impacto en demasía en el gasto de operación. Como ejemplo, al analizar la parte de la inversión es en el Hospital de la Anexión, se ve la estructura física actual o la Torre del Hospital Calderón Guardia. Se tendrían que analizar los 24 EBAS que se van a construir, lo cual no le produce preocupación, porque habría que determinar cuánto de esos costos es sustitución de alquileres, o cuánto es obra nueva. Si se trata de obra nueva, se va a producir un impacto en el gasto de operación, son montos pequeños dado que el costo de los EBAS no representa sumas tan elevadas. Por otro lado, se produce un impacto en el consumo de energía eléctrica y no es de preocupación, porque son parte de los gastos estructurales que se deben de realizar. Por otro lado, el aspecto de tecnologías, existe un gasto fuerte y está incluido el EDUS y favorecerá a mediano plazo, porque se supone que existe un ahorro en gastos y una mejor prestación en el servicio. Por otro lado, se debe analizar las reservas, dado que crecen en el año 2015 a treinta mil millones de colones, de esos recursos diecisiete mil millones de colones son de la Caja y el resto corresponden a la Ley del Tabaco, en el año 2014, eran trece mil ochocientos millones de colones, de manera que se produjo un crecimiento de trece mil ochocientos millones de colones a diecisiete mil millones de colones, para su opinión, esa suma es representativa y satisfactoria, dado que la Institución es muy grande y compleja, de manera que requiere un gasto y un ingreso elevado, por lo que requiere reservas de seguridad para que se logre administrar, desde el punto de vista financiero. Además, las reservas tienen que existir, el problema de la crisis financiera de la Caja, al cual se ha hecho referencia, fue de reservas técnicas dado que desaparecieron y se habían establecido desde los años de 1980. Por otro parte, el Proyecto de Presupuesto Institucional para el año 2015 que está presentando la administración, le parece que es razonable. En cuanto a lo que se debe hacer a futuro, le parece que se debe continuar racionalizando el gasto, no se debe perder de vista el control sobre se aspecto y se debe fortalecer los mecanismos para el control de la evasión y en los gastos mantener esa actitud vigilante y continuar buscando su eficiencia; dado que el Gerente Financiero refirió claramente, que en los últimos años se ha producido una disminución en las contribuciones. Por otra parte, se deben aprovechar las tecnologías, dado que se ha avanzado pero la Institución tiene que realizar un gran esfuerzo. Como último comentario, si la Junta Directiva aprueba este comportamiento del gasto y el nuevo Modelo de Atención, sugiere al Gerente Financiero, que se debe tener cautela con el Proyecto de Modernización Financiera, porque el Sistema de Costos que se va a licitar, se tendría que replantear totalmente.

Interviene el Dr. Sáenz Delgado y plantea el tema de cáncer de mama, en términos de lo que se ha realizado. Respecto de la Carga de la Enfermedad, indica que el cáncer es uno de los problemas que representa mayor pérdida de vida y discapacidad. Entonces, existe una unión entre este concepto y el de atención temprana, por ejemplo, en el cáncer de mama, se basan en que en Costa Rica se presentan 1.000 casos anuales y se producen 300 fallecimientos por esa enfermedad, o sea, es una relación de un 30%. En otros países que se actúa, distinto a Costa Rica, en términos de tecnología y de organización de servicios, entre otros, la relación es de un

20%, incluso, un 18% y ese aspecto en Costa Rica se podría visualizar en un plazo de cuatro años, que es lo que se está planteando, de manera que el reto es la organización y la reorganización de los procesos de la atención, dado que ahí se localizan los puntos críticos. Si en la Caja se realizan más o menos 127.000 mamografías por año, para detectar mil casos de cáncer de mama, se podría indicar que se deben realizar mil mamografías para detectar un caso. La pregunta es a quién se le está realizando la mamografía o a cuáles mujeres, para detectar esos casos. En ese sentido, existen muchos aspectos que se pueden mencionar, en relación con que existe un desenfoque de grupos y parte del asunto, es reenfocarlo con un médico general, con los médicos de familia a la población meta. La Caja tiene en este momento 27 mamógrafos y se producen alrededor de 117.000 mamografías, o sea, los mamógrafos tienen un rendimiento muy bajo, dado que el dato que se tiene, es que el rendimiento de un mamógrafo es de siete mil mamografías al año, trabajando eficientemente. Si se logra que los mamógrafos alcancen esa eficiencia, se tendría una capacidad de 189.000 mamografías y es un número cercano a las 200.000 mil mamografías. De manera que las los estudios que se han realizado, van en la línea de incrementar la oferta, por ejemplo, mejorando la equidad y mamógrafos móviles para acercar la población, entre otros. Por ejemplo, hay cantones que tienen 2.000 mujeres en la población, entonces, no tiene sentido instalar un mamógrafo fijo, para que trabaje dos o tres horas diarias. Por otro lado, la idea de los mamógrafos móviles es novedosa y se debe trabajar y articular, con el proceso de la lectura y la toma. Además, se ha proyectado los Centros de Lectura, precisamente, aprovechando la tecnología digital y sería concentrar la lectura para que el proceso sea más eficiente. De modo que se estaría abordando el tema de la equidad, la eficiencia y por otro lado, se visualiza el impacto que se produce, tratando de detectar casos más tempranamente y disminuir la morbilidad y mortalidad. Es un reto porque hay carencia de radiólogos, a veces se produce desarticulación del sistema y se refiere al diagnóstico, pero se debe cuestionar qué continúa, cuando la mujer tiene el diagnóstico de sospecha de cáncer de mama y se le debe practicar una biopsia, se debe remitir a un especialista y, luego, se tendría que operar. Son los retos que se visualizan para el sistema, el plazo es de cuatro años y es la lógica que se está utilizando dentro del proyecto.

El Dr. Ballesterero Harley interviene y señala que el enfoque que la Junta Directiva propone, se relaciona con esta capacidad de aseguramiento de cambio, en la forma que está diseñado el presupuesto, porque lo que se va a determinar es el esfuerzo de la estimación de una estructura de costo por programa y por proyecto, es a lo que se tiene que acercarse para que se oriente, la forma de asignación del Presupuesto. Por otro lado, este trabajo está en pleno desarrollo y es parte de lo que se está construyendo con la información que se tiene de los programas. A criterio de la agenda de gobernación, está previsto dentro de la recomendación del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), la evaluación y uno de los programas propuestos, es el expediente de evaluación de algunos de esos programas, que permitiría revisar, por un lado, su diseño, en el sentido de cómo están estructurados. Por otro lado, definir el proceso de los programas y determinar el impacto producido, dado que forman parte de la agenda. Todo está previsto dentro de los trabajos que se tienen y se espera que en la estructura de estos programas, se mantenga el análisis de la Carga de la Enfermedad, para que permita generar los instrumentos y los criterios, para ampliarlos a otros programas de la Institución. Destaca que la Institución se tiene que dirigir a un campo sistemático, donde se tiene que producir informes, no solo de los resultados, si no del aprendizaje que esté decretando y un cambio completo en la metodología de trabajo, porque como equipo de trabajo, se puede construir en conjunto, un nuevo enfoque para la Institución.

El Director Loría Chaves manifiesta su satisfacción, por el trabajo realizado de ajustar el Presupuesto a los programas, dado que es lo que logra medir el impacto que se produce, por ejemplo, en la inversión que se realiza en los servicios de salud, como lo indicó el licenciado Barrantes Muñoz. Por otro lado, retoma el planteamiento del licenciado Alvarado Rivera, en el sentido de que se valore si se están definiendo metas que, realmente, produzcan impacto en los servicios de salud, por ejemplo, que al menos se superen las listas de espera en algunos campos, porque de lo contrario, se están creando metas que, eventualmente, no son la solución para las listas de espera. Le parece que el estudio de la Carga de la Enfermedad, ha sido muy importante para determinar el estado de la cuestión, además de conocer cuál es la situación en otros países, respecto de la incidencia de las enfermedades en la población y sus edades, entre otros aspectos. Por otro lado, no se tiene un estudio que balancee la Carga de la Enfermedad, no solo como se trabaja con lo que se tiene, sino con lo que no se tiene. Como ejemplo, se conoce que en pocos años la población va a envejecer y se tendrá un 30% de personas adulto mayor y, eventualmente, no se está proyectando para determinar qué sucederá dentro de 15 ó 20 años con esa población. Como ilustración, el Director del Hospital Blanco Cervantes está solicitando un nuevo hospital y a lo mejor, no hace falta, sino lo que se requieren son Centros Diurnos de Ancianos, bien equipados con los que se produzca impacto, en el que realmente se preste asistencia. Estima que sería más factible fortalecer esos programas en los Hospitales. Por otra parte, el tema debe ir aparejado con esfuerzos interinstitucionales, porque se debe racionalizar el gasto de la Caja, mediante mecanismos que permitan aprovechar los recursos financieros institucionales y de otras institucionales, que están obligadas a brindar apoyo en materia de seguridad social. Como ilustración, al Ministerio de Educación Pública, se le dictó normativa tendiente a que en las sodas de las escuelas no se pueda vender comida chatarra. Esa directriz le pareció muy importante, dado que ayuda a la Caja y a la Institución como tal, pero además, existen políticas que se pueden aprovechar en el esfuerzo interinstitucional, para que de esa manera se potencie el presupuesto de la Caja. En cuanto a la Promoción de la Salud, le parece que debería estar en todos los cantones del país, fomentándose con los alumnos del Colegio y no se está haciendo, porque están apoyando, pero no es suficiente. Considera que esos esfuerzos y esas alianzas del Ministerio de Educación y otros Ministerios con la Caja, pueden coadyuvar en la racionalizar de los gastos y se puede lograr realizar más proyectos a la vez. Por otra parte, cree que se debería estudiar cuál es el impacto que produce la pobreza, en los servicios médicos de la Caja, porque, de ahí, eventualmente, se podrían realizar estudios que permitan determinar, qué acciones interinstitucionales se pueden realizar, para mejorar la situación y el impacto que se produce sea menor. En cuanto al estudio de la Carga de la Enfermedad, le llamó la atención, en el sentido de que contiene un poco el diagnóstico de lo que se puede hacer, pero no de lo que hace falta, porque se podría potenciar, en el tema de los cambios que se están produciendo en el país y que se darán en los próximos años.

La Dra. Sánchez se refiere al tema que se mencionó don José Luis Loría y recuerda que la Carga de la Enfermedad es un insumo, es como la representación de la situación del país, para lograr incidir, no solamente en la enfermedad, si no en los factores de riesgo y, efectivamente, como lo indicó don José Luis Loria, existen muchas intervenciones que van más allá de la Institución y, precisamente, por esa razón es un insumo para la meta del sector, pero también se ha coordinado con las otras instituciones del sector, en la necesidad de que el tema se promueva más allá del Sector Salud, dado que muchas de las intervenciones que menciona del Ministerio de Educación Pública y otras instancias de país, van más allá del Sector Salud. Efectivamente, si se quiere

producir impacto, como lo mencionó el doctor Fallas Camacho en el tema, realmente tiene que existir una comunicación en todo el país, no es solo una Institución o el Sector Salud y, considera, que en esa línea es que se ha tratado, incluso, de proponer su contribución al logro de la meta del Sector Salud, pero analizándolo desde el punto de vista, de que es un asunto de todos y reitera que, efectivamente, cada uno de los proyectos va acompañado con un conjunto de estrategias, que no fueron presentadas y; además, para tranquilidad del doctor Fallas Camacho, se ha tratado de ir avanzando en cada proyecto y en la identificación de los territorios prioritarios, a partir del mapeo que se analizó la semana pasada, en relación con los cantones, dada las altas tasas de mortalidad, pero también asociando la incidencia, la prevalencia y la cobertura. En cuanto a lo acotado por el licenciado Alvarado Rivera, en términos de que es importante determinar la población que va a ser afectada en los programas; al respecto, se ha estimado año con año cuál va a ser la población afectada, tanto por las tasas de prevalencia e incidencia y con base en las metas planteadas en cada uno de ellos, qué población se estaría afectando con los porcentajes que se han fijado, pero para efectos de la presentación de hoy, no se incluyó esa información. Les agradece los comentarios realizados y queda la satisfacción de que esas inquietudes, como Comisión se han cuestionado.

La doctora Sáenz Madrigal señala que aprovechando que hoy el grupo de la Junta Directiva está completo, manifiesta que están satisfechos con la calidad, la prontitud y la oportunidad del trabajo realizado, dado que solo tiene alrededor de 3 meses que se está haciendo el trabajo. El grupo está conformado entre 10 y 12 personas, desconoce cuántas horas han dedicado, ni cuántas bases de datos han tenido que revisar, ni cuántas comparaciones con los datos se realizaron a nivel global. Reitera que le parece que se realizó un esfuerzo extraordinario, para que el estudio esté concluido y cuando se construye la evidencia, se procura profundizar más sobre grupos de edad, por ejemplo, se podría profundizar, no solo en el tema de cáncer, si no en las enfermedades cardíacas o lo que se quiera, pero sin duda está marcando una visión de por dónde, cuál es la situación del país y se determinó la situación demográfica, que plantea grandes retos para la Institución. Efectivamente, están en un proceso de construcción de una evidencia, pero también de una visión y un camino. Considera que es lo más valioso y lo rescata del proceso, ahora, ligar el tema al de presupuesto, es un gran reto, pero de no haberse tenido esa información, se habría querido hacer pero sin orientación. Le parece que sería el gran reto que se tiene como Institución y como país, además, no es una cuestión fácil de resolver.

Interviene el licenciado Picado Chacón y señala que don Rolando Barrantes al final de su intervención, plantea el tema del Modelo de Financiamiento, aclara que existen dos componentes el ese Modelo, cuando se determina desde la óptica de los ingresos y las contribuciones, entre otros; le parece fundamental la asignación de los recursos. En realidad el ejercicio que se hace, es una asignación de recursos por programas, de una manera más eficiente que una asignación presupuestaria histórica y todos están muy interesados de que se transite a modelos de esa naturaleza. Entiende que se está en una coyuntura favorable de muy poco tiempo, donde se ha logrado realizar un gran trabajo en tres o cuatro meses pero, efectivamente, incluye una formulación presupuestaria de manera tradicional y como lo indicó la doctora Sáenz Madrigal, el reto que les corresponde es avanzar hacia un presupuesto por programas. Además, el planteamiento de la Gerencia Financiera, es en términos de que la sostenibilidad de la Institución, no es un tema estrictamente financiero, es un tema de cómo se asignan los recursos y cómo se usan eficientemente y el Proyecto de Presupuesto es una demostración, porque también se definen programas con metas claras y el impacto que se produce. Por otra parte, para los 9

programas que se establecen, se ha venido haciendo un ejercicio para definir cuál es el costo incremental, en términos de qué recursos se ocupan y si se analizó el tema del superávit en el Seguro de Salud, para este año que va a cerrar, se dejó una previsión de recursos libres de asignaciones de alrededor de ocho mil millones de colones. Por otra parte, la estimación que se tiene es de alrededor de cuarenta y dos mil millones de colones, incrementales en los próximos cuatro años y estarían en el margen de financiamiento extra. Significa que no son programas sin financiamiento, sino en los que se han tomado las previsiones y conforme se aprueben, porque entiende que esas metas se plasman en el Plan Nacional de Desarrollo, de manera que las Unidades deben ajustar sus Planes Anuales Operativos. Respecto de lo planteado por el Auditor sobre el tema del presupuesto, éste satisface desde el punto de vista del financiamiento y de los recursos, dado que permite realizar previsiones, deja espacios y dentro de las limitaciones permite holgura. Además, se ha producido una coincidencia con una mejora, sobre todo en lo que corresponde a inversión en infraestructura, mantenimiento y otros rubros, que son críticos y que les parece hace que el Proyecto de Presupuesto para el año 2015, sea balanceado sin que se incluya el tema de la deuda del Estado. Además, quedan retos pendientes como el caso de fortalecer el control de la evasión, la gestión de la morosidad, entre otros.

Se somete a votación la propuesta para aprobación el proyecto de presupuesto para el año 2015, que es acogida por todos los Directores, salvo por la Directora Alfaro Murillo y el Director Alvarado Rivera que votan en forma negativa. Se aprueba por mayoría y la firmeza se conocerá en la sesión del jueves 25 de los corrientes.

**Por consiguiente,**

**ACUERDO SEGUNDO:** conocida la información que presenta el señor Gerente Financiero, que concuerda con los términos del oficio N° GF-40.491-14 fechado 16 de setiembre del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“Para análisis y aprobación, se adjunta el documento del “Proyecto Plan-Presupuesto Institucional de la CCSS del año 2015” por un total de ¢2,979,630.0 millones, correspondiendo al Seguro de Salud ¢1,823,003.9 millones (61.2%), al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte ¢1,023,695.8 millones (34.3%) y ¢132,930.3 millones para el Régimen No Contributivo de Pensiones (4.5%).

**I. Antecedentes**

La formulación del plan-presupuesto es la primera etapa del ciclo de planificación-presupuestación, que consiste en establecer con anticipación las necesidades de recursos para determinado período. La asignación de los recursos se realiza en atención a la planificación estratégica, las prioridades institucionales, el panorama económico y la disponibilidad financiera de la Institución.

Durante la fase de formulación se insta a las unidades ejecutoras a coordinar las actividades a lo interno para que a través de un proceso participativo se analicen los objetivos y metas para ese período, y se realicen las estimaciones de recursos presupuestarios bajo criterios objetivos, de razonabilidad, economicidad y de priorización de necesidades

Durante ese proceso debe observarse la normativa establecidas en materia de planificación-presupuesto, dentro de los cuales se pueden citar los siguientes:

- Ley 8131 de Presupuestos Públicos y Administración Financiera.
- Normas Técnicas de Presupuesto Público de la Contraloría General de la República.
- Política Presupuestaria para el período 2014-2015.
- Normas Técnicas del Plan-Presupuesto de la CCSS
- Instructivo para la Formulación del Plan-Presupuesto.
- Lineamientos establecidos por la Junta Directiva y las instancias competentes, referentes a la utilización de los recursos, tales como la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos y Medidas para la Optimización de los Recursos vigente.

En ese sentido, se incluye la certificación sobre el cumplimiento de los requisitos del bloque de legalidad que debe cumplir el presupuesto inicial, emitido por la Contraloría General de la República.

Se incluye en el presupuesto ordinario de la CCSS el financiamiento de los programas y actividades sustantivas de los tres Regímenes que administra la Caja, destacando los siguientes aspectos:

- a) Fortalecimiento de las inversiones en infraestructura y equipo. En ese sentido, se incorporan recursos para el reforzamiento y el nuevo servicio de hospitalización del Hospital de la Anexión, así como la torre sur y otras obras del Hospital Calderón Guardia, financiados con recursos del préstamo del BCIE. Asimismo, se incluyen proyectos de readecuación del servicio de urgencias de varios centros de salud, proyectos de construcción de Ebais, de tratamiento de aguas, calidad y seguridad eléctrica y tecnologías de información, financiados con recursos institucionales, así como del Programa de Fortalecimiento de Atención Oncológica y la Ley General de Control del Tabaco.
- b) Financiamiento con recursos del FODESAF de la Construcción y Equipamiento de la Sede de los Ebais de Upala, Tirrases, Cabagra, Santa Eduvigis de Chacarita y adquisición de terreno, construcción y equipamiento para el EBAIS tipo 2 de los Sitios de Moravia.
- c) En equipamiento destaca la adquisición de equipos de Arcos en C, 40 equipos de hemodiálisis y equipamiento Proyecto de Tamizaje Auditivo Neonatal.
- d) En sistemas de información, sobresale la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), reforzamiento de la plataforma tecnológica central y la replicación de datos, entre otros.
- e) En el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, se incorporan los recursos correspondientes para el pago de las pensiones y las inversiones financieras a través de la compra de títulos valores y el programa de préstamos hipotecarios, como estrategia para capitalizar el régimen.

- f) En el Régimen No Contributivo destaca la previsión para el otorgamiento de 185 pensiones ordinarias nuevas mensuales. En el caso de parálisis cerebral se otorgarán 23 pensiones nuevas mensuales.

A continuación se resumen los principales aspectos incluidos en el presupuesto para cada uno de los Regímenes, y se adjunta el documento en donde se observan los cuadros de ingresos y egresos y otra información complementaria.

## II. Consideraciones generales sobre las estimaciones de ingresos

En la estimación de los ingresos se consideró su evolución en los últimos períodos y los datos reales al mes de junio del presente año, de conformidad con el acuerdo de Junta Directiva aprobado en el artículo 1 de la Sesión N° 8554, el cual establece que se continúe sobre la vía de presupuestar los ingresos con base en las recaudaciones efectivas.

A su vez, el Proyecto de Presupuesto 2015 se realizó en concordancia con el comportamiento de la economía nacional, de la labor desplegada por el área de inspección, la gestión cobratoria y dando especial seguimiento a las variables macroeconómicas que inciden en las finanzas institucionales. En el Apartado N° 1 del documento se adjunta el detalle de los ingresos para cada uno de los tres Regímenes.

En ese sentido, y de acuerdo a las perspectivas económicas mencionadas por el Banco Central en el Programa Monetario, se estima que el crecimiento real del Producto Interno Bruto para los años 2014 y 2015 sea de alrededor de un 4%, en forma similar al resultado esperado de la inflación 4(±1)%.

Asimismo, se contempla un posible aumento salarial del sector público y privado de alrededor de 5%, relacionado con una expectativa inflacionaria, dadas las políticas del Gobierno Central de mantener el poder adquisitivo de los salarios.

Similarmente, se analizaron las cifras de los trabajadores reportados en el SICERE, en donde se observa en el Seguro de Salud un aumento de enero a julio del 2014 de 1.113 trabajadores en el Sector Público y de 12.756 trabajadores el Sector Privado.

Debe resaltarse en el caso del empleo público que en el Proyecto de Presupuesto de la República del año 2015 se incluye el financiamiento de 2.869 plazas nuevas, de las cuales el 89.4% son para el Ministerio de Educación Pública, un 6.7% para el Poder Judicial, 3.7% para el Tribunal Supremo de Elecciones, entre otros.

Asimismo, se incluyeron las cifras incluidas en el Proyecto de Presupuesto Ordinario de la República 2015, como transferencias a la CCSS, en donde destaca el fortalecimiento de la Cuota Estado como Tal, las cuotas complementarias de los trabajadores independientes y convenios especiales, la incorporación para ese período de ¢25,000.0 millones para la atención de la población indigente y de ¢21,319.2 millones derivados de Ley 9028 General del Control Tabaco. También se consideraron los montos comunicados por otras Instituciones, resaltando un monto de ¢34,000.0 millones del FODESAF para la atención de la población indigente.

En el cuadro N° 1 se muestra la participación de cada régimen en el proyecto total de presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social:

**Cuadro No. 1**  
Preliminar Proyecto Presupuesto 2015  
(En millones de colones)

Regímenes	Monto	% Partic.
S.E.M	₡1,823,003.9	61.2
I.V.M	₡1,023,695.8	34.3
R.N.C.P	₡132,930.3	4.5
<b>TOTAL</b>	<b>₡2,979,630.0</b>	<b>100.0</b>

### III. PRESUPUESTO ORDINARIO 2015 (Millones de colones)

#### 1. SEGURO DE SALUD

##### 1.1 Ingresos

**₡ 1,823,003.9**

Se considera una estimación de los ingresos, de acuerdo al comportamiento del empleo, el crecimiento esperado del PIB, la cantidad de trabajadores reportados en el SICERE y los resultados reales de los últimos períodos y al mes de julio 2014.

Los ingresos del Seguro Salud se componen de ingresos corrientes, capital y financiamiento, donde la mayor participación corresponde a las contribuciones a la Seguridad Social con un 82.8%, incluidas en los ingresos corrientes.

**Cuadro No. 2**  
Seguro de Salud, Presupuesto de Ingresos 2015  
(En millones de colones)

Concepto	Monto	% Partic.
Ingresos Corrientes	₡1,762,949.3	96.7
Ingresos de Capital	₡755.6	0.0
Financiamiento	₡59,299.0	3.3
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>₡1.823.003.9</b>	<b>100.0</b>



**1.1.1 Ingresos Corrientes****¢ 1,762,949.3**

Participan con un 96.7% y están formados por las contribuciones a la seguridad social, los ingresos no tributarios y las transferencias corrientes.

Dentro de las contribuciones se incluyen las cuotas obreros patronales del Estado, Sector Privado, Sector Público y las cuotas de los trabajadores. Además, se registran los ingresos de asegurados voluntarios y sector externo.

Los ingresos no tributarios contienen -entre otros- las ventas de servicios médicos, se incluyen los servicios administrativos por el aporte al Programa de Administración y Gobierno de los Seguros Sociales del Régimen Invalidez, Vejez y Muerte, así como los intereses recibidos por las inversiones en títulos valores del sector público y privado.

Las transferencias corrientes corresponden en su mayoría a los aportes del Estado en su condición de solidario: Cuota estatal y Trabajadores independientes. Se destaca la incorporación en el Presupuesto Ordinario de la República 2015 de un monto para la Atención de los Servicios de Salud de la Población Indigente (tanto del Gobierno Central como del FODESAF) y la suma por la Transferencia de la Ley 9028 General del Control Tabaco.

**1.1.2 Ingresos de Capital y Financiamiento****¢ 60,054.6**

Los ingresos de capital alcanzan ¢697.6 sobresaliendo la transferencia de recursos del Gobierno Central como parte del convenio de deuda suscrito por la CCSS con el Ministerio de Hacienda para el pago de varios préstamos externos.

En el rubro de Financiamiento, destaca la inclusión de ¢16,766.0 millones del préstamo con el BCIE, para desarrollar el programa de “Renovación de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario”, específicamente para el año 2015, el reforzamiento y el nuevo servicio de hospitalización del Hospital La Anexión y la torre sur y otras obras complementarias del Hospital Calderón Guardia.

Asimismo, se incluyen ¢42,533.0 del superávit específico que corresponden a recursos no ejecutados a diciembre 2014 por los siguientes conceptos:

- Recursos de la C.C.S.S por ¢25,000.0 millones.
- Transferencia de la Junta de Protección Social para la Red Oncológica Nacional, conforme a la Ley 8718, ¢10,000.0 millones.
- Transferencia por la Ley 9028 Ley General de Control del Tabaco, ¢5,000.0
- Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares para el Ebais de Upala, Tirrases, Cabagra, Chacarita y terreno Los Sitios de Moravia ¢1,728.0 millones.
- Transferencia de Junta de Protección Social para construcción y equipamiento del Hospital de Día que albergará el Servicio de Diálisis Peritoneal Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, Liberia ¢417.0 millones.
- Transferencia por la Ley 8584 Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal ¢388.0 millones.

**1.2 Egresos****¢1,823,003.9**

El total de egresos es de ¢1,823,003.9 cuya composición se observa en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 3**  
Seguro de Salud, Presupuesto de Egresos 2015  
(En millones de colones)

<b>Concepto</b>	<b>Monto</b>	<b>% Partic.</b>
Remuneraciones	¢ 1,186,737.9	65.1
Servicios	¢ 158,013.6	8.7
Materiales y Suministros	¢ 246,190.8	13.5
Bienes Duraderos	¢ 88,397.6	4.8
Transferencias Corrientes	¢106,962.7	5.9
Otros	¢ 36,701.3	2.0
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>¢ 1,823,003.9</b>	<b>100.0</b>

Para el Presupuesto de Egresos del Seguro Salud se consideró la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos, Medidas para la mejor optimización de los Recursos 2013-2014. y la Política Presupuestaria 2014-2015.

**1.2.1 Remuneraciones****¢ 1,186,737.9**

Corresponde a los conceptos salariales y las cargas sociales de los funcionarios (as) de la Institución, y representan un 65.1% del presupuesto total del Seguro de Salud, al ser un régimen de servicios. Dentro del monto presupuestado se incluye un 5% como previsión para los aumentos salariales del próximo período.

Las subpartidas más importantes de este grupo son las remuneraciones básicas e incentivos salariales como la retribución por años de servicio, décimo tercer mes y salario escolar. Además, incluyen las remuneraciones eventuales donde sobresale la subpartida de Tiempo Extraordinario, correspondiente a los pagos realizados a los trabajadores (as) que laboran fuera de la hora ordinaria.

**1.2.2 Servicios****¢ 158,013.6**

Estos rubros participan con un 8.7% del total de egresos y contienen la asignación presupuestaria para servicios básicos que requieren las unidades ejecutoras en la operación como: energía eléctrica, agua, telecomunicaciones.

Destaca la subpartida “Servicios Médicos y de Laboratorio” en la cual se incluyen los egresos por atención de asegurados(as) brindados por terceros, cuando la Institución no cuenta con recursos humanos y técnicos suficientes, destacando la prestación de servicios integrales de la salud realizada por proveedores externos en varias Áreas de Salud.

Así mismo, destaca el fortalecimiento del mantenimiento preventivo y correctivo de los diferentes edificios, equipos médicos, cómputo, oficina, transporte y de producción, para lo cual se incluye un monto de ¢5,000.0 millones para el Programa de Recuperación de Infraestructura.

También considera la subpartidas de “Servicios Generales” derivado de la contratación de servicios de limpieza y vigilancia de edificios y mantenimiento de zonas verdes por terceros. Así como también los servicios de traslado de pacientes y hospedajes, para los asegurados que necesitan desplazarse a otros centros de salud a recibir atención.

### **1.2.3 Materiales y Suministros ¢ 246,190.8**

Este grupo de subpartidas tiene un porcentaje de participación de 13.5%, siendo los montos más importantes los requeridos por el programa de abastecimiento institucional para:

**1.2.3.1 “Productos Farmacéuticos y Medicinales”:** medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la población, se incluye entre otros, la adquisición de medicamentos de las 54 clases terapéuticas según lista oficial de medicamentos, como: antibióticos, antivirales, agentes cardíacos, antihipertensivos, hemostáticos, drogas estupefacientes, hipociglemiantes, hemostáticos, entre otros. Así como también fármacos y tratamientos especiales para VIH/SIDA, trasplante de órganos, cáncer y enfermedades hematológicas.

**1.2.3.2 “Útiles y Materiales Médicos Hospitalarios”:** productos e insumos necesarios para realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamientos en los servicios de cirugía, gastroenterología, cardiología, neurocirugía, neumologías, odontología, ortopedia, rayos x y demás servicios que brinda el Seguro de Salud.

**1.2.3.3 “Otros Productos Químicos”:** se incluye la adquisición de reactivos que se utilizan en las pruebas que se aplican en los laboratorios clínicos; asimismo los gases medicinales utilizados en salas de operaciones y cuidados intensivos, hospitalización, aire comprimido, entre otros.

### **1.2.4 Bienes duraderos ¢ 88,397.6**

#### **1.2.4.1 Maquinaria, Equipo y Mobiliario ¢ 43,262.1**

En este grupo se incluyen las subpartidas de equipamiento para los diferentes programas y áreas de la Institución.

En equipo médico destaca la Dirección de Equipamiento Institucional para la compra de equipo de mediana y alta complejidad tales como 35 equipos de Arcos en C, 40 equipos de hemodiálisis, equipamiento para el Proyecto de Tamizaje Auditivo Neonatal.

Por su parte, el Proyecto de Red Oncológica financia la implementación del servicio de mamografía del Hospital San Juan de Dios y de la Clínica Dr. Solón Núñez Frutos de Hatillo.

Con recursos de la Ley General Control del Tabaco se financia: 96 máquinas de anestesia, 3 tomógrafos helicoidales regionales para los Hospitales de San Carlos, Limón y Cartago, 9 equipos de Rayos X, sistemas de angiografía para los Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia, instalación de 2 RapidARc en dos aceleradores lineales en el Hospital México, entre otros.

En tecnología de información y comunicación, destaca el reforzamiento de la plataforma tecnológica central y la replicación de datos, con el fin de fortalecer el soporte y seguridad de los equipos y sistemas utilizados en la Institución.

Asimismo, se incluye el financiamiento de equipo menor y de baja complejidad a adquirir por las unidades ejecutoras, para la sustitución de equipo que ya cumplió su vida útil y el mejoramiento de los servicios a los usuarios.

**1.2.4.2 Construcciones, Adiciones y Mejoras y  
Otros rubros de Bienes Duraderos**

**¢ 44,890.5**

Sobresale el financiamiento de los proyectos a realizar por la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, entre los que destacan los siguientes programas:

**Inversión Hospitalaria:** Con recursos del BCIE se financia el reforzamiento y nuevo servicio de hospitalización del Hospital de la Anexión, fortalecimiento del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia con la continuación del proyecto de construcción de la torre sur 3, el servicio de nutrición y ropería, los tanques de combustible y otras obras complementarias.

**Fortalecimiento del primer nivel:** construcción de 22 Sedes de Ebais 1 y 2 y 4 Sedes de Visita Periódica, entre los que destacan: Vuelta de Jorco, Carrizal de Alajuela, Santa Gertrudis de Grecia, Bajo Blei.

**Readecuación de los quirófanos de los Hospitales México y Carlos Luis Valverde de San Ramón,** así como del servicio de urgencias del Hospital Escalante Pradilla.

**Realización de 12 proyectos en los sistemas de tratamiento de aguas residuales en unidades tales como las Áreas Salud de San Rafael de Oreamuno, Belén-Flores, San Rafael de Heredia, Hone Creek y Aserri.**

**Ejecución de 9 proyectos de los sistemas de calidad y seguridad eléctrica, en donde destacan la renovación de la acometida eléctrica del Hospital Tony Facio, el sistema de generación del Hospital. Dr. Carlos Luis Valverde San Ramón y el Laboratorio de Soluciones Parenterales, entre otros.**

### 1.2.5 Transferencias Corrientes, Amortizaciones, Cuentas Especiales y Otros

¢ 143,664.0

Dentro de este grupo destaca la subpartida “Otras Prestaciones a Terceras Personas”, que incluye los subsidios por incapacidad a los (as) asegurados (as) directos(as) que se encuentran incapacitados (as), ayudas económicas para accesorios médicos. Así como también la subpartida de “Prestaciones Legales”. Se incluye además una previsión para indemnizaciones y se otorga el financiamiento a becas, realizándose un esfuerzo para contar con recursos humanos formados y capacitados de acuerdo a las necesidades institucionales.

Las amortizaciones corresponden a los intereses y comisiones por préstamos externos; parte del financiamiento proviene del Convenio con el Ministerio de Hacienda por la deuda estatal.

En Cuentas Especiales se incluye un monto de ¢30,917.6 en la subpartida de Sumas sin Asignación Presupuestaria con destino específico, para equilibrar el presupuesto de egresos al de ingresos. De ese monto, ¢17,126.2 corresponden a recursos CCSS y el resto al fondo del Fortalecimiento de la Red Oncológica, la transferencia derivada de la Ley General de Control del Tabaco y la transferencia de la Junta de Protección Social para la construcción y equipamiento del Centro Psiquiátrico Penitenciario, como previsión para atender necesidades que se presenten en el transcurso del período.

## 2. RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

### 2.1 Ingresos

¢1, 023,695.8

La composición de los ingresos está dada por ingresos corrientes, de capital y financiamiento, según se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 4**  
Régimen Invalidez, Vejez y Muerte, Presupuesto de Ingresos 2015  
(En millones de colones)

Concepto	Monto	% Partic.
Ingresos Corrientes	¢ 901,974.4	88.1
Ingresos de Capital	¢ 31,721.4	3.1
Financiamiento	¢ 90,000.0	8.8
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>¢1.023.695.8</b>	<b>100.0</b>

Los supuestos para la estimación de los ingresos en este Régimen fueron los mismos mencionados para el Seguro de Salud. Adicionalmente, se consideró la aplicación del transitorio XI del Reglamento de IVM, el cual establece el incremento en las contribuciones sociales en un

0.50% a partir del 01 de enero del 2015, al pasar de un 8% a un 8.5%, distribuido entre los patronos, trabajadores y Estado.

### **2.1.1 Ingresos Corrientes** **¢ 901,974.4**

Se componen de las contribuciones a la seguridad social, los ingresos no tributarios y las transferencias corrientes, participan con un 88.1% del total. Las contribuciones representan la mayor participación con un 66.6% del total de ingresos.

Dentro de las contribuciones se incluyen las cuotas patronales del Estado, Sector Privado y Sector Público, cuotas de los trabajadores, asegurados voluntarios y sector externo.

Asimismo, por ser un régimen de capitalización sobresalen los recursos provenientes de los intereses recibidos por las inversiones en títulos valores del sector público y privado.

Las transferencias corrientes corresponden en su mayoría a los aportes del Estado en su condición de solidario.

### **2.1.2 Ingresos de Capital y Financiamiento** **¢ 121,721.4**

Lo constituyen la recuperación de préstamos al sector privado por ¢4,898.6 (créditos hipotecarios) y de otras inversiones en títulos valores por ¢26,822.8

Asimismo, en Financiamiento se incluye un monto de ¢90,000.0 del saldo en caja y bancos (diferencia entre ingresos y egresos) estimado al finalizar el año 2014, con el cual se financian las inversiones en títulos valores para capitalizar el régimen.

## **2.2 Egresos** **¢1,023,695.8**

El presupuesto total de egresos alcanza la suma de ¢1,023,695.8 millones, siendo el pago de las pensiones y las inversiones financieras los rubros más importantes.

**Cuadro No. 5**  
Invalidez, Vejez y Muerte, Presupuesto de Ingresos 2015  
(En millones de colones)

Concepto	Monto	% Partic.
Remuneraciones	¢ 8,269.2	0.8
Servicios	¢ 19,335.0	1.9
Activos Financieros	¢ 152,819.3	14.9
Transferencias Corrientes	¢ 830,508.6	81.1
Otros	¢ 12,763.7	1.3
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>¢1,023,695.8</b>	<b>100.0</b>

**2.2.1 Remuneraciones** **€ 8,269.2**

Corresponde a los conceptos salariales pagados a los trabajadores (as) de la Institución, incluyendo el salario escolar y las cargas sociales. Dentro del monto presupuestado se incluye un 5% como previsión de los aumentos salariales del próximo período.

**2.2.2 Servicios** **€ 19,335.0**

Los Servicios Básicos contienen la asignación presupuestaria para servicios que requieren las unidades ejecutoras en la operación como energía eléctrica, agua, teléfono, entre otros.

En el subgrupo de Servicios Comerciales y Financieros sobresale la subpartida Comisiones y gastos por servicios financieros y comerciales para el pago de las comisiones por los servicios de intermediación financiera en el pago de las pensiones y otras transacciones financieras. También se incorpora la subpartida de Información y Publicidad, que contemplan, entre otros, las campañas publicitarias para los programas de Prestaciones Sociales, Ciudadano de Oro e información para los pensionados (as) de este Régimen.

En los servicios de gestión y apoyo, se incorpora el pago de los gastos administrativos al Seguro de Salud como aporte al Programa de Administración y Gobierno de los Seguros Sociales y la contratación por terceros en seguridad y vigilancia de los Edificios Jorge Debravo, La Casona y el inmueble en San Juan de Tibás.

Asimismo, destacan los recursos para las actividades llevadas a cabo por la Dirección de Prestaciones Sociales como el programa de Ciudadano de Oro.

**2.2.3 Materiales y Suministros** **€ 149.0**

En este grupo se incluyen los gastos de operación diaria de las unidades, con los cuales se espera brindar un servicio adecuado a los usuarios (as), tales como papelería, tintas y demás materiales de oficina.

Sobresale el rubro de Repuestos y Accesorios, para garantizar el adecuado funcionamiento de los bienes muebles e inmuebles, y el mantenimiento de los equipos de oficina y cómputo.

**2.2.4 Intereses y Comisiones** **€ 8,421.0**

Se incorporan los recursos para el pago de intereses acumulados a los poseedores de los títulos adquiridos en el mercado secundario; además de comisiones y otros gastos derivados de la custodia e inversiones de títulos valores, realizada por la Dirección de Inversiones.

**2.2.5 Activos Financieros** **€ 152,819.3**

Se financia la adquisición de títulos valores, donde sobresale la colocación de vencimientos de corto a largo plazo e inversión de recursos nuevos, así como la recuperación y reinversión de cupones de intereses de operaciones de largo plazo, tanto de inversiones en el sector público como del sector privado.

Se incluyen inversiones en diferentes líneas y alternativas que ofrece el mercado, en procura de la obtención de mayores rendimientos y colocaciones en recursos de alta liquidez.

También se incorporan recursos para el programa de préstamos hipotecarios a los asegurados (as) de ese Régimen.

### 2.2.6 Bienes duraderos ¢ 1,013.4

Sobresale el rubro de Equipo y Programas de Cómputo, con el fin principal modernizar el hardware de la Gerencia de Pensiones, a través de la sustitución de equipo, con la adquisición se brindará un eficaz servicio a los usuarios (as) de las diferentes unidades adscritas a la Gerencia de Pensiones. Adicionalmente se requiere realizar la actualización del backbone y el cableado vertical del Edificio Jorge Debravo, así como la modernización y actualización de una parte de la plataforma tecnológica que soporta los diferentes sistemas de información que son utilizados tanto a nivel de la Gerencia como a nivel institucional. Asimismo, se presupuesta contenido económico para proveer al archivo central de equipos de aire acondicionado con control de temperatura y humedad que brinden las condiciones adecuadas para el resguardo de la documentación de las diferentes Direcciones adscritas a la Gerencia de Pensiones.

### 2.2.7 Transferencias Corrientes ¢ 830,508.6

Se contemplan especialmente los recursos para el pago de las pensiones, aguinaldo derivado de estas y la contribución al Seguro de Salud por los pensionados de este Régimen.

### 2.2.8 Cuentas Especiales ¢ 3,180.4

Se incorpora el rubro de “Sumas con destino específico sin Asignación Presupuestaria”, a fin de equilibrar el presupuesto de egresos al de ingresos y como previsión para financiar necesidades en el transcurso del período.

## 3. REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES

El presupuesto del Régimen No Contributivo de Pensiones alcanza la suma de ¢132,930.3 según se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 6**  
Régimen No Contributivo de Pensiones, Presupuesto 2015  
(En millones de colones)

Concepto	Monto	% Partic.
Ingresos No Tributarios	g 100.0	0.0
Transferencias Corrientes	g 129,830.3	97.7
Recursos de Vig. Ant.	g 3,000.0	2.3
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>¢ 132,930.3</b>	<b>100.0</b>
Servicios	g 4,466.0	3.4
Transferencias Corrientes	g 125,535.3	94.4
Cuentas Especiales	g 2,929.0	2.2
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>¢ 132,930.3</b>	<b>100.0</b>



### **3.1 Ingresos** **¢ 132,930.3**

#### **3.1.1 Ingresos Corrientes y Financiamiento** **¢ 132,930.3**

Los ingresos contemplan las transferencias realizadas por el Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo Ley No 7983 de Protección al Trabajador y Fondo Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. Además contiene los aportes del Estado correspondientes a Ley No. 7972 de Impuesto al Cigarrillo y Licores, Junta de Protección Social y un monto del posible superávit específico al finalizar el período 2014.

### **3.2 Egresos** **¢ 132,930.3**

Los egresos de este régimen corresponden al pago de pensiones y los gastos por servicios médicos y administrativos al Seguro de Salud.

En el caso de las pensiones se incluyen en el grupo de las Transferencias Corrientes y alcanzan los ¢91,574.6 para las ordinarias y ¢11,218.7 por parálisis cerebral. Adicional al monto anterior, se incorpora la suma de ¢8,607.9 de aguinaldo y ¢14,134.1 por los servicios de salud prestados a los beneficiarios (as) del Régimen.

En el caso de las pensiones ordinarias, el monto de la pensión promedio se estima en ¢75.000 para todo el 2015, que corresponde a la última propuesta de aumento, según oficio DAE-682-14 del 29/07/2014 y se espera un incremento de 185 pensiones nuevas mensuales. En cuanto a las pensiones vitalicias se proyecta un incremento de 3% en el I y II semestre al monto de la pensión promedio y se espera un aumento de 23 pensiones nuevas mensuales.

En monto de Cuentas Especiales corresponde a la cifra para equilibrar el presupuesto de egresos al de ingresos y se deja un monto para posibles ajustes adicionales al monto de las pensiones y otras necesidades que se presenten en el transcurso del período.

## **IV. PLAN ANUAL INSTITUCIONAL**

La formulación del Plan Anual Institucional (PAI) se encuentra alineada al Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, la cual se ha construido con la metodología de enfoque para resultados, conforme lineamientos del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), así también con el Plan Estratégico Institucional Reajustado Macro-Políticas 2013-2016, el cual se operacionaliza en los Planes Tácticos Gerenciales.

Este plan a diferencia de los anteriores, y en cumplimiento al acuerdo de Junta Directiva de la sesión N°8730 en su artículo N°13 del 14 de agosto del presente año, inicia un proceso gradual de gestión para resultados, buscando resultados de desarrollo tanto institucionales como de enfoque al usuario.

Así mismo, este apartado se ha elaborado en concordancia con las Normas Técnicas Sobre Presupuesto Público, de la Contraloría General de la República (CGR), conforme lo establecido en el punto 4.2.14 c), se deberá remitir lo siguiente: inciso i) que textualmente indica: “El plan anual de la institución, según las especificaciones que establezca el sistema de información

diseñado por la Contraloría General de la República para la presentación del presupuesto inicial y sus variaciones”.

#### 4.1 PROGRAMACIÓN

Para la programación del PAI se utiliza como insumo la programación realizada en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, de los sectores de Nutrición y Deporte y Desarrollo Humano e Inclusión Social, con un total de 16 metas que tienen programación en el 2015, contribuyendo al logro de la meta del período: **“Aumentar la Esperanza de Vida Saludable, en 1,1 año con lo cual coadyuva al cumplimiento del objetivo estratégico sectorial: “Mejorar el bienestar de la población por medio de un modelo de salud integral, universal, solidario y sostenible”.**

Otro insumo para la formulación del PAI 2015 es la programación de los Planes Tácticos Gerenciales que operacionalizan el Plan Estratégico Institucional Reajustado Macro-Políticas 2013-2016 con 95 metas.

Dado el cambio metodológico de gestión para resultados y amparado al acuerdo de Junta Directiva antes anotado, además de las directrices de la Contraloría General de la República y el MIDEPLAN, se procedió a realizar un análisis y revisión de las 95 metas, aplicando la metodología de cadena de valor para determinar cuáles metas se enfocan hacia el usuario y a temas clave de la Institución.

Como resultado de la metodología aplicada, se obtiene que de las 95 metas, 82 son de Proceso, 9 de Productos y 4 de Resultado, seleccionándose para el PAI, las metas de Producto y Resultado, que se acercan más hacia el usuario para un total de 13 metas.

Así las cosas, la programación del PAI 2015 está conformado por un total de 29 metas, como se observa en la siguiente figura:

**Figura N°1**  
Selección y conformación de metas  
Programación Plan Anual Institucional 2015



Fuente: Dirección de Planificación Institucional, Setiembre, 201

La distribución de metas por programas presupuestarios, a continuación:

**Figura N°2**  
Distribución de metas, por programas presupuestarios, 2015



**Fuente:** Dirección de Planificación Institucional, Setiembre, 2014

La programación del PAI está vinculada con el presupuesto a nivel de programa presupuestario, dado que en la actualidad la Institución no cuenta con un sistema que permita realizar el costeo por meta.

De lo expuesto en el párrafo anterior, es importante aclarar que el monto total de recursos que se presupuesta a cada uno de los cuatro programas presupuestarios, responden al cumplimiento de cada una de las actividades a realizar en los diferentes niveles de la Institución; por lo tanto, no son exclusivos para la ejecución de las 29 metas programadas en el PAI.

## V. DICTAMEN TECNICO

Mediante oficio AFP-0625-2014 de fecha 16 de setiembre de 2014, del Área de Formulación de la Dirección de Presupuesto emitió el dictamen del Proyecto de Presupuesto 2015 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones, el cual cumple con los aspectos técnicos y los lineamientos establecidos para la presentación del presupuesto ordinario, y de conformidad con lo informado en oficio DPI-457-14, AFP-626-2014, en el cual se remitió a la Gerencia Financiera la propuesta del “Proyecto Plan-Presupuesto 2015”.

## VI. RECOMENDACIÓN

Teniendo presente el dictamen técnico AFP-0625-2014 emitido por el Área de Formulación de la Dirección de Presupuesto y el oficio DPI-457-14, AFP-626-2014 de la Dirección de Planificación Institucional y el Área de Formulación, ambos de fecha 16 de setiembre 2014, la Gerencia Financiera recomienda a la Junta Directiva la aprobación del Proyecto Plan-Presupuesto del año 2015, correspondiente al Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo de Pensiones”,

con base en las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en los oficios números: GF-40.491-2014, suscrito por el Gerente Financiero, AFP-0625-2014 emitido por el Área de

Formulación de Presupuesto, y el DPI-457-14, AFP-626-2014 de la Dirección de Planificación Institucional y el Área de Formulación, con fecha 16 de setiembre del año 2014, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** aprobar el proyecto Plan-Presupuesto del año 2015 del Seguro de Salud, del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y del Régimen no Contributivo de Pensiones, por los montos indicados en el siguiente cuadro, considerando los montos presupuestarios de ingresos y egresos, y teniendo presente el oficio N° AFP-0625-2014 del Área de Formulación de la Dirección de Presupuesto, mediante el cual se emite el dictamen técnico, y los oficios números DPI-457-14, AFP-626-2014 de la Dirección de Planificación Institucional y el Área de Formulación.

**PROYECTO DE PRESUPUESTO 2015**  
(En millones de colones)

SEGURO DE SALUD	RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES	TOTAL CAJA
¢ 1,823,003.9	¢ 1, 023,695.8	¢ 132,930.3	¢ 2,979,630.0

**ACUERDO TERCERO:** instruir a las unidades ejecutoras a acatar la normativa y lineamientos institucionales relacionados al plan-presupuesto, programando las actividades y ejecutando los recursos bajo criterios de razonabilidad, economicidad, priorización de necesidades y productividad del gasto, con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera de los Regímenes que administra la Institución.

Queda pendiente la firmeza que se someterá a votación en la sesión del 25 de setiembre en curso.

Se somete a consideración la propuesta contenida en el oficio del 17 de setiembre del año 2014, número DPI-459-4, firmado por el Director de Planificación Institucional: metas institucionales por incluir en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018. Concuerdan los señores Directores con el interés de analizar un poco más el asunto, para lo cual se requiere más tiempo y tratarlo en la próxima sesión ordinaria.

A propósito, la Directora Alfaro Murillo señala que para efecto del acta, aclara que no votó afirmativamente el Proyecto de Presupuesto para el año 2015, dado que tiene por costumbre, la revisión detallada de información de esta naturaleza. El documento o los cuadros que fueron los cuadros generales de costos e ingresos, el oficio del Gerente Financiero y el Plan de Presupuesto, le llegó el día de ayer, 17 de setiembre, a las 12:47 p.m. y admite, que no ha tenido el tiempo de analizarlo con el detalle requerido, dado que han estado este día, 18 de setiembre desde la primera hora de la mañana en la sesión de la Junta Directiva. Ese aspecto lo había comentado con la señora Presidenta Ejecutiva que, normalmente, en aprobaciones presupuestarias, analiza el detalle y no ha tenido oportunidad de hacerlo. Entonces, manifiesta que no tiene suficientes elementos como para votar a favor el Proyecto de Presupuesto, con la sola explicación de los señores Gerentes. Aclara que no es que tiene desconfianza, si no que la práctica correcta es realizar una revisión detallada del material.

Al Director Barrantes Muñoz le parece necesario que se tome un acuerdo adicional, dado que es un acuerdo formal para efectos de trámite presupuestario, en relación con la asignación presupuestaria por programas y de acuerdo con el Plan Anual Institucional, de forma que se pueda visualizar la asignación de recursos y tener más claro, cómo las metas planteadas van a tener el debido sustento. En relación con el tema del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, se necesita conocer si serán suficientes las metas planteadas del año 2015.

Interviene la licenciada Jiménez Vargas y aclara que en la primera presentación realizada, se presentaron las metas que se incluyen en el Plan Nacional de Desarrollo; además, se indicó cuáles son las metas que se esperan al año 2018. Posteriormente, se presentó la operacionalización del PAO para los años 2015 al año 2018, pero el Proyecto Presupuesto Institucional corresponde solo al año 2015.

Señala el licenciado Barrantes Muñoz que la matriz que entregada es otra, corresponde al año 2015, por esa razón no se visualiza, dado que si correspondiera a los años 2015-2018, la Junta Directiva no tendría nada más que realizar en términos de planificación. Dado que las metas le parecen razonables para el año 2015, pero el conjunto de temas relacionados con Modelo de Salud, le parece que no están contempladas en esa matriz.

Al respecto, la licenciada Jiménez Vargas indica que de las 29 metas que se plasman en Presupuesto Institucional, se seleccionaron metas derivadas de los tres programas y algunas forman parte de los planes tácticos gerenciales. Por otra parte, la Institución estará en un proceso de una mejora continua y de acuerdo con sus necesidades, la Junta Directiva y las autoridades superiores, definirán si se realiza una modificación de las metas, en el primer trimestre del año 2015, para actualizar el Plan Estratégico Institucional, basado en las orientaciones del Plan Nacional de Desarrollo Nacional, más todas estas prioridades que la Junta Directiva defina.

Interviene el Dr. Ballesteros Harley y señala que los lineamientos de MIDEPLAN, establecen un aporte de tres programas por Institución, más los que aportan otras instituciones del sector. De manera que la Caja está aportando tres programas a la meta sectorial de salud, igual otras instituciones se están integrando y corresponden al Plan Sectorial. Además, está el componente de salud que es el Plan Nacional de Desarrollo, así también están aportando una meta al Sector Social, aparte del Régimen No Contributivo, de modo que se tiene otra contribución institucional al Sector Social. El Plan Institucional tiene un componente mucho más amplio que por programas y proyectos, a las secciones que año a año, se tiene que ir incorporando y desarrollando, donde en un período de cuatro años, siempre evolucionarán esos tres programas.

Aclara el licenciado Barrantes Muñoz que ha dado su voto positivo al Proyecto de Presupuesto, para efectos de su trámite con las metas operativas al año 2015, pero no le satisface en darle el voto al Plan correspondiente a los años 2015-2018, porque le parece que tiene una relación directa con el Taller efectuado la semana pasada y sobre el cual, le gustaría que se promoviera el debate en la Junta Directiva, en términos de cómo se está visualizando. En ese sentido, no determina que sea la oportunidad, por ejemplo, de votar el Plan de la Cartera de Inversiones, porque considera que se debe producir un análisis más profundo del tema, el cual estaba agendado el día de hoy. Por ejemplo, el tema del desarrollo del recurso humano, con componentes fundamentales de una visión de más largo plazo.

La señora Presidenta Ejecutiva insiste en la lógica de la planificación nacional y la planificación institucional. Por ejemplo, la planificación nacional se realiza por medio de MIDEPLAN, es un tipo de planificación que lleva al Plan Nacional de Desarrollo, dado que se construye con el aporte de todas las instituciones. En este caso, lo que se está analizando es el aporte que hace la Caja al Plan Sectorial y, luego, al Plan Nacional de Desarrollo, no significa que no está relacionado del todo, pero su vinculación con las metas de mediano y largo plazo institucionales son más completas, amplias y profundas e, inclusive, se relacionan con un tema que está agendado y no se ha visto todavía, es el Plan de Inversión en Infraestructura y Tecnologías, además del tema de recursos humanos. Para hoy se previó analizar el Proyecto de Presupuesto, lo que corresponde a inversión y Recursos Humanos, no porque todavía no estaba listo para revisarlo, sino que había quedado para la próxima vez, dado que es la planificación institucional no es la planificación que va a incorporar al Plan Nacional de Desarrollo, son procesos distintos. Por ejemplo, MIDEPLAN da un formato, se parece al cuadro que se analizó con las metas, el programa, el contenido, el porcentaje y es a lo que durante los 4 años, esta Institución va reportar al Plan Nacional de Desarrollo, es una parte de la planificación institucional. Es distinto, porque la planificación institucional lleva más detalle y el análisis que se realizó en la sesión del viernes, donde se definieron tres Modelos y como lo planteó el Auditor muy bien, se está transitando en un modelo, no solamente en este caso institucional con el tema del presupuesto, como lo presentó don Gustavo Picado, sino se está lidiando con la estructura que está establecida por el Ministerio de Planificación; en ese sentido, no se tiene incidencia de modificar la estructura, es bastante rígida y ha sido difícil definir las metas. Para definir las metas del Plan Nacional de Desarrollo se han producido múltiples reuniones con la Ministra de Salud, con la Ministra del Deporte, entre otros, porque aportan recursos a la Institución, mediante el Fondo de Desarrollo Social y de Asignaciones Familiares (FODESAF), del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), porque todo se tiene que articular, de modo que cuando se presenta a MIDEPLAN, puedan ir agregando las metas establecidas por la Caja, para hacer el Plan Nacional de Desarrollo, dado que son procesos distintos. Menciona que tal vez cuando la licenciada Jiménez presentó los diferentes insumos, utilizados para este Plan Nacional de Desarrollo, partió del Plan, inclusive, de la Caja al año 2021, luego hizo referencia a otros estudios, porque se realiza un trabajo muy detallado, desde la perspectiva de la planificación, para llegar a la propuesta del Plan Nacional de Desarrollo. En el año 2015, o a finales de este año, se tiene iniciar el trabajo para la elaboración del Plan Institucional de Desarrollo del año 2015, que va a recuperar mucho del Plan Nacional de Desarrollo, pero los otros aspectos no están contenidos en este documento, dado que falta alrededor del 80% de la Institución, o sea, se va a aportar a este tema de salud alrededor del 80%, pero desde la perspectiva institucional es el 20%, faltaría el 80%, que no se ha visto, pero se tiene que cumplir con temas, tiempos y cuestiones que están establecidas por el Ministerio de Planificación, dado que ellos emiten las directrices. Aclara que conoce este tema porque fue Directora de Planificación del Ministerio de Salud, de modo que conoce el proceso. Ha costado mucho, se han realizado muchas reuniones, pero no significa que exista la necesidad de revisar lo que se ha presentado hoy, porque se puede agendar para la sesión del próximo jueves, se tiene espacio, por ese aspecto se presentó hoy, para conocer cómo estaban y si va a requerir alguna otra revisión, se realizan los comentarios para avanzar. No existe un mandato, ni una urgencia, en el sentido de que se tiene que analizar este día.

La Directora Alfaro Murillo señala que su caso es igual a la argumentación anterior, requiere más tiempo, no es que en este momento no tenga disposición de votar el tema a favor. Repite, es porque se necesita tiempo para revisar con detalle todas las preguntas que se han realizado.

Prefiere analizar el tema con tiempo, para meditarlo y, posiblemente, en ocho días como lo ha indicado en otras oportunidades, estaría votando a favor.

El Director Barrantes Muñoz señala que entiende esos procesos de MIDEPLAN y, generalmente, los productos que salen de MIDEPLAN como el Plan Nacional de Desarrollo, con todo respeto, son “verdaderos saludos a la bandera”. Entonces, no desea que se queden en esa dinámica de una planificación que no tiene, para efectos de país, ningún sentido y existe un proceso en el que se está promoviendo, un espacio para la búsqueda de concertar una agenda nacional, en la cual el tema de salud, está colocado y apenas está empezando en estos días, es decir, están en esta dinámica. Sin embargo, también hay otra dinámica, que el Poder Ejecutivo la está encaminando con fuerza, de manera que existen varias que se tendrían que buscar que se dirijan en una misma dirección. Le parece que la Junta Directiva se tome un tiempo para que se fortalezca la propuesta, porque de acuerdo a como está colocada en la agenda, es el Plan Institucional para los años 2015-2018. En ese sentido, conviene se prepare un poco más y le parece, que bien haría el Ministerio de Planificación Nacional, en estar atento a lo que va a resultar de esa agenda, porque se supone que aportará insumos significativos para una agenda país, en relación con diversos temas, entre ellos el tema de salud. Por otro lado, le parece importante que la Junta Directiva, logre conocer otras perspectivas, que sobre el tema del Sistema Nacional de Salud se estén planteando, así se indicó el viernes pasado. Le preocupa que tiene varios años de determinar al Ministerio de Salud, sin presencia en la escena y se conoce que si se hace referencia al Sistema de Salud, se tiene que identificar el papel que desempeña y el que tienen distintos actores en esa tarea, donde la Caja es un gran operador, no el rector de todo el Sistema de Salud. Ve la conveniencia de que se conozca ese contexto más global, en el cual se ubican como esfuerzo institucional, dentro de un esfuerzo más general de país. En conclusión, prefiere que se otorgue el tiempo necesario, para que el tema se analice con serenidad y se logre madurar la propuesta

**Por tanto,**

**ACUERDO CUARTO:** en relación con la propuesta contenida en el oficio del 17 de setiembre del año 2014, número DPI-459-4, firmado por el Director de Planificación Institucional: metas institucionales por incluir en el *Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018* y en virtud del análisis que este Órgano Colegiado realiza y el tiempo que para tales efectos se requiere, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la señora Ministra de Salud una prórroga de ocho días más, para remitir las metas de la Caja Costarricense de Seguro Social para ser incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018.

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 7º**

En relación con el oficio N° GIT-33860-14, del 10 de setiembre del año 2014, firmado por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías: propuesta actualización del “Portafolio Institucional de proyectos de inversión en infraestructura y tecnologías, “Quinquenio 2015-2019”.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que el Portafolio Institucional requiere tiempo para poder ser analizado, por lo que sugiere se re programe para la próxima sesión de la Junta Directiva. Por

otra parte, ve la conveniencia de que se presente el Proyecto que se estaba trabajando con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el Fortalecimiento de Recursos Humanos. Por otro lado, refiere que ayer se reunió con el Dr. Jorge Luis Prospero y se determinó la necesidad de presentar a la Junta Directiva, los avances que se han tenido en el Proyecto. Además, se produzca un acercamiento con los nuevos Miembros de la Junta Directiva, para que conozcan el Proyecto y se realicen las recomendaciones y orientaciones que consideren pertinente, como insumo para los productos que se están identificando, porque fue un proceso que se venía realizando antes de que asumiera la Presidencia Ejecutiva. Sin embargo, los productos y los objetivos del Proyecto, se han redimensionado. Adicionalmente que en conjunto con la Secretaria de la Junta Directiva, se levantó una lista de temas que se han quedado pendientes de conocer, pero es difícil se logren analizar en esta sesión y se dividió la agenda de hoy en dos y aun así, quedaron temas pendientes; pregunta si se puede contar con los Miembros de la Junta Directiva para programar una sesión para el miércoles próximo, a partir de las 11 a.m.

Por unanimidad y mediante resolución firme, se **ACUERDA** realizar una sesión extraordinaria el miércoles 24 de setiembre en curso, a las 11 a.m., en el salón de sesiones, para que se presente:

- 1) Un informe de los avances proyecto fortalecimiento de los recursos humanos que se desarrolla con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- 2) El oficio N° GIT-33860-14 de fecha 10 de setiembre del año 2014, firmado por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías: propuesta actualización del “Portafolio Institucional de proyectos de inversión en infraestructura y tecnologías, “Quinquenio 2015-2019”.
- 3) Temas remitidos por las Gerencias y que no fue posible incluir en la agenda (se enviará listado).

## **ARTICULO 8°**

Conforme con lo acordado en la sesión del 8 de setiembre anterior (artículo 9° de la sesión N° 8735), la Comisión ad hoc conformada por los Directores Alvarado Rivera y Loría Chaves, y el señor Gerente Financiero, atendieron el miércoles de la semana en curso, a representantes de las organizaciones, para escuchar su planteamiento en cuanto a los convenios y las cuotas fijadas (aseguramiento trabajadores independientes).

Pide el Director Loría Chaves que el tema sea agendado en la sesión extraordinaria programada para el miércoles de la semana en curso.

Sobre el particular, la señora Presidenta Ejecutiva propone que el tema se agende para el próximo jueves.

Al respecto, el Gerente Financiero indica que si el tema se puede agendar el próximo miércoles, dado que existe un acuerdo previo del Órgano Colegiado. Sin embargo, se realizó una reunión con estos grupos y una de las propuestas que se está rediseñando, es que se realice un aumento en el próximo mes de octubre, pero que el peso del aumento económico se traslade al Estado, dado que existe mucho movimiento y activismo de parte de los pequeños y medianos productores. De modo que para que se mantenga el aumento del mes de octubre próximo, que



además está programado y está en función de la sostenibilidad del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y existen acuerdos previos que lo sustentaban, lo que se está haciendo es modificar en el primer rango los de menores ingresos, de manera que el trabajador reporta un 4% y el Estado un 8%, de modo que se rebalancen esas cargas, para que el Estado pague el 8.5% y el trabajador un 3.5%, de manera que el aumento sea neutro económicamente.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que el tema se debe analizar.

Interviene el Director Loría Chaves y señala que esos trabajadores alegan que desde el año 1980 se han asociado y ahora, les están incluyendo las cargas, porque la Junta Directiva pasada lo que hizo fue acoger la recomendación de los Notables, en el sentido de que la Base Mínima Contributiva equivale al salario mínimo de ley. Le parece que el tema se analice la próxima semana y si es necesario, se reúnan con esos trabajadores en un proceso de negociación.

La Directora Alfaro Murillo se refiere a una solicitud para proyección de temas de presupuesto, por ejemplo, cuando el Gerente Financiero mencionó el tema de los convenios especiales, le gustaría conocerlos y solicita una copia de todos los que existen, o sea, cuántos hay y con quiénes son. Además, para analizar los textos, para determinar qué es lo que se negocia, qué es un Convenio Especial y cómo se hace para ingresar.

El Director Barrantes Muñoz cree en los Convenios, porque es una manera de poder darle accesibilidad a una serie de personas, pero desconoce si existen filtros, para que por medio de los convenios, algunas personas, eventualmente, inescrupulosas se aprovechen y no contribuyan solidariamente como debería ser. Es una inquietud que manifiesta.

La propuesta del Director Loría se acoge y **se dispone** incluir el asunto en agenda sesión extraordinaria programada para el miércoles 24 de los corrientes.

El Director Alvarado Rivera se retira del salón de sesiones.

## **ARTICULO 9º**

La señor Presidenta Ejecutiva refiere que, conforme con lo solicitado, se ha distribuido el Informe del viaje realizado a Washington, Estados Unidos, por parte del licenciado Juan Luis Bermúdez Madriz, Asesor Presidencia Ejecutiva, que está contenido en el oficio N° P.E.-39.360-14 del 10 de setiembre del año en curso.

**Se toma nota.**

## **ARTICULO 10º**

Conforme consta en el artículo precedente, la señora Presidenta Ejecutiva recuerda que hoy se ha incluido en agenda el oficio número PE 39-360-14, mediante el cual se presenta el informe del viaje que fue solicitado a la Presidencia Ejecutiva en el artículo 3º de la sesión número 8734. A la vez, en seguimiento del informe de plazas de confianza que fue discutido y presentado mediante la nota número P.E.39.348-14, reitera a los señores Directores su disposición de que el uso histórico que se ha dado a la plaza con código presupuestario 35224 en funciones de asesoría

a la Presidencia Ejecutiva sea reorientado hacia completar las dos plazas de confianza de la Junta Directiva, tal y como inicialmente se había previsto, siendo necesario para ello garantizar la no afectación de las cargas de trabajo de la asesoría brindada hasta ahora Presidencia Ejecutiva, para lo cual retoma la propuesta de reactivar la plaza 38112, la cual mantiene contenido presupuestario pero que a la fecha se encuentra congelada.

**Por tanto**, acogida la propuesta de la señora Presidenta Ejecutiva, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** reactivar la plaza código 38112, con el fin de mantener el nivel de trabajo y no afectar las funciones sustantivas que han sido encomendadas a la Presidencia Ejecutiva, y que a la vez estén disponibles las dos plazas de confianza asignadas a la Junta Directiva (asesores).

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 11º**

**ACUERDO PRIMERO:** se tiene a la vista la consulta respecto del *Expediente número 19.106, Proyecto Ley Juntas de Salud*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 14 de los corrientes, número PE.39.107-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 13 de agosto del presente año, número CAS-543-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica contenido en el oficio N° GM-SJD-5598-2014 del 8 de setiembre del año 14, y la Junta Directiva, en virtud del análisis que sobre el particular debe realizar, a efecto de dar respuesta –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para externar criterio.

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

**ACUERDO SEGUNDO:** se tiene a la vista la consulta en cuanto al *Expediente número 18.269, Proyecto Ley Orgánica del Colegio de Profesionales en Terapias Alternativas de Costa Rica*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 14 de los corrientes, número PE.39.103-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 13 de agosto del presente año, número CAS-509-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, en el oficio N° GM-SJD-5597-2014 del 4 de setiembre del presente año y la Junta Directiva, en virtud del análisis que sobre el particular debe realizar, a efecto de dar respuesta –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para externar criterio.

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

**ACUERDO TERCERO:** se tiene a la vista la consulta que se formula en relación con el *Expediente número 19.166, Proyecto ley de impuesto a los salarios y pensiones de lujo y creación del fondo de ayuda a los indigentes y farmacodependientes*, que se traslada a la Junta Directiva mediante nota del 14 de los corrientes, número PE.39.106-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 13 de agosto del presente año, número CAS-503-2014, suscrita por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias de Pensiones, Médica y Administrativa.

Se tiene a la vista el oficio del 17 de los corrientes, número GA-20614-14, firmado por el Gerente Administrativo y en virtud del criterio que se ha solicitado a las instancias técnicas respectiva, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para externar criterio.

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

**ACUERDO CUARTO:** se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente número 19.070, Derogatoria de leyes caducas o históricamente obsoletas para la depuración del ordenamiento jurídico (tercera parte pensiones)*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la comunicación recibida por el correo electrónico, enviada por la Máster Georgina García Rojas, Asesora Parlamentaria, Departamento de Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias Médica y Administrativa.

Se recibe el criterio unificado por la Gerencia Administrativa en el oficio N° GA-20578-14, fechado 12 de setiembre del año 2014 y la Junta Directiva, en vista del análisis que sobre el particular debe realizar, a efecto de dar respuesta –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para externar criterio.

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

**ACUERDO QUINTO:** se tiene a la vista la consulta en cuanto al *Expediente número 19092, Proyecto Código de normas de conducta del servidor público*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la comunicación del 11 de los corrientes, número PE.45.868-14, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CG-331-2014, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.

Se solicitó el criterio de la Gerencia Administrativa y la Junta Directiva, en virtud del análisis que debe realizar a fin de dar respuesta –unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para externar criterio.

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

**ACUERDO SEXTO:** se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente número 19091, Proyecto interpretación auténtica del artículo 38º de la Ley 7302, creación del Régimen General de Pensiones con cargo al presupuesto nacional, de otros regímenes especiales y reforma a la Ley número 7092 del 21 de abril de 1988 y sus reformas, Ley del impuesto sobre la renta del 15 de julio de 1992,* que se traslada a Junta Directiva mediante la nota del 14 de los corrientes, número PE.39.102-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 13 de agosto del presente año, suscrita por la señora Noemy Gutiérrez Medina, de la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia de Pensiones contenido en la nota N° GP-37.112-14 del 9 de setiembre del año en curso, y la Junta Directiva, en vista del análisis que sobre el particular debe realizar, a efecto de dar respuesta –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para externar criterio.

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

#### **ARTICULO 12º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22036-15, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

A las dieciocho horas con treinta y cinco minutos se levanta la sesión.