

Jueves 7 de mayo de 2015

N° 8775

Acta de la sesión ordinaria número 8775, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 7 de mayo de 2015, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Lic. Barrantes Muñoz, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

Los Directores Devandas Brenes y Loría Chaves, y la Directora Alfaro Murillo retrasarán su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1°

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

ARTICULO 2°

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

Ingresa al salón de sesiones el Director Devandas Brenes.

ARTICULO 3°

Meditación a cargo del Director Gutiérrez Jiménez.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta que pensando un poco en la reflexión solicitó algunos datos, hace algunos días, y le pareció oportuno tener una reflexión en el día de hoy, especialmente, sobre algunos aspectos en que ha venido insistiendo y algunos de los señores Directores también. El tema medular del día hoy es la sostenibilidad financiera de la Caja que se puede volver no sostenible si no se están haciendo cosas impostergables como ahora se verá.

Manifiesta que algunos de los aspectos de la nota los va a dejar constando porque le parece que no tienen mucho sentido que él vaya leyendo todo. Hay una serie de preocupaciones y algunos datos que afectan directamente la sostenibilidad financiera. Comienza y dice que desde el punto de vista presupuestario se ha observado que en los períodos desde 1994, 1995, 2001, 2003, 2007, 2010, se tuvieron algunos gastos y una situación que se vio reflejada en esos años y los estados financieros establecen que hubo que recurrir al uso del superávit, precisamente, para hacer frente a los gastos del período, materializándose una pérdida operativa en los años 2001, 2007 y 2010. Eso ha implicado que haya un descenso en los índices de liquidez y de rentabilidad. Cuando se toma conciencia de que la principal fuente de recaudación es el rubro de ingresos y que eso implica un 78.6% del total de ingresos se está diciendo que todas las contribuciones obrero-patronales del sector público y privado dependen, de alguna manera, de lo que está sucediendo en el país y a la Caja, directamente, la hace vulnerable. Entonces, hay que buscar nuevos recursos y no sólo las cuotas. Ése es un cambio en el paradigma que se tiene, es decir, que se debe optar por nuevas instancias de ingresos porque sólo las cuotas no hacen que sea sostenible.

Continúa y anota que, en lo que se refiere al rubro de gastos en ese mismo período 2014, se puede determinar que una de las partidas de mayor impacto son las remuneraciones; se está en alrededor de un 66.5%. Si a eso se suma las cargas sociales, etc. se llega al 74% y si se le agrega un 10% de costos fijos se está hablando de 84%, de modo que queda un 16% de todo el presupuesto para llenar las necesidades de equipo, nuevas plazas, infraestructura, etc. O sea, con esos números tan simples se puede entender que difícilmente la Caja es sostenible. Por lo tanto, las remuneraciones, la dificultad de la recaudación, la deuda del Estado, los gastos excesivos y las nuevas modalidades de presuntas evasiones respecto de trabajadores independientes son situaciones que, también, deben ser abordadas y en las que ha venido insistiendo durante ya mucho tiempo.

Se observa que la morosidad acumulada del sector público a marzo del año 2015 es de ¢411 millones de colones, que representa un 0.25% del total de la morosidad patronal. Por otro lado, la morosidad general asciende a ¢166.652 millones de colones. En cuanto al comportamiento de la morosidad de trabajador independiente, se ha generado un incremento significativo en términos reales, pasando del período 2006 de ¢2.017 millones a febrero del año 2015 a ¢64.462 millones de colones. Si se toman esos datos y se toma, incluso, la parte actuarial representa ¢250.307 millones de colones de evasión total.

Existe una serie de evasiones, de la inspección, la situación de figuras como la del trabajador independiente que hace que la Institución tenga una tarea pendiente para que se pueda reducir ese estado de morosidad. Además, las condiciones actuales del país hacen que haya muchísima informalidad. Entonces, no es cierto que con mayor rigurosidad en la inspección, necesariamente, se logra que los ingresos mejoren. Lo que se está haciendo es que muchas de esas empresas han cambiado a la informalidad y no necesariamente los cambios son sólo con inspección, aunque es parte.

En lo que concierne a la deuda del Estado, hoy se está en alrededor de ochocientos mil millones de colones, que es una deuda muy importante. Con los convenios con el Ministerio de Hacienda se tiene un acumulado ¢21.848 millones. Le parece que ahí hay un letargo muy importante de parte de la Institución. Debe reconocer que no es responsabilidad de esta Presidencia Ejecutivo pero sí como Institución considera que se debe ejecutar y lograr que ingrese parte de esa deuda a las arcas de la Caja, que permita paliar la situación de sostenibilidad financiera. Si se tiene necesidad de recursos y el Estado debe una cantidad de dinero evidentemente no es negociable no hacerlo.

En lo que corresponde a la prestación de servicios se tiene una forma ilimitada de estarlos dando. En los centros hay mayor demanda y lo cierto es que se está dando todo a todos y se requiere crear canastas básicas que permitan definir los servicios de salud que se brindan. Todas esas formas ilimitadas tienen intrínsecos gastos de planilla por nueva creación de plazas, pago de servicios por terceros, gastos de mantenimiento; entre otro, recursos humanos, presupuesto no sólo a nivel local sino a nivel central. Toda esta desproporción contribuye, también, a incidir en la sostenibilidad financiera. Esto porque a mayor oferta, mayor demanda y, además, si se considera que los recursos de amparo del año 2001 al 2009 (no le fue posible conseguir los datos actuales) hace que la situación de salud se haya judicializado. Asimismo, presuntamente, podría haber algunos actores que también están participando en el sistema con el interés de que grupos promuevan el uso de ciertos medicamentos o de ciertos recursos que pueden estar teniendo

algunos y que presionan de esa manera, para que, cubiertos con la máscara de la salud, se pueda estar estimulando un consumo adicional ilimitado. Por consiguiente, le parece que ahí se tiene otro problema. A propósito, hay una sentencia del magistrado Rodolfo Piza que le pareció muy interesante porque, en el voto salvado, establece algunos lineamientos de cómo limitar porque los derechos subjetivos, aunque él fue el gran defensor de los derechos subjetivos, entendía que había límites. El Magistrado Piza Rocafort dice que hay una **“necesidad de que la Institución establezca una oferta básica para el otorgamiento de los servicios de salud que brinda a la población (...) establecer un catálogo o cuadro básico de servicios por nivel de atención y establecer cuánto es el tiempo razonable para prestar cada servicio ...”**. Esos modelos, estas formas deben variarse. Anota que ha venido insistiendo en el asunto desde hace años y, lamentablemente, no ha calado. Incluso, en algún momento se reunió con don Luis Fernando Solano, que fue su profesor y era Presidente de la Sala Constitucional, y él le decía que mientras la Caja no establezca límites y fronteras la Sala Constitucional por el deber que tiene a la protección al derecho de salud va a tener que continuar concediendo en ese campo, y que era obligación de la Junta Directiva, de la administración establecer cuáles son esos límites para establecer esas canastas básicas y proponer esas fronteras que permita a la Sala Constitucional que cuando alguien acuda a esa instancia, entonces, se pueda actuar en consecuencia. La Caja debe definir con claridad cuáles son los servicios y medicamentos que brindará en el marco de su Seguro de Salud, pues este sistema de “dar todo a todos” es también insostenible.

Evidentemente, otro tema que produce impacto en las finanzas de la Caja es la obra pública (hospitales, EBAIS, etc.). En relación con la infraestructura existente, la Caja posee alrededor de 1.100.000 m², para lo cual, considerando las partidas presupuestarias correspondientes a mantenimiento, en el período 2014 se presupuestó ¢42.293 millones de colones a nivel institucional. Recuerda que, en el caso de mantenimiento, se debería estar dando del 3% al 6% anual para todos esos metros cuadrados que siguen creciendo. Porque, además, en la infraestructura de áreas de salud se contabilizan 108 (ciento ocho), de las cuales 63 (sesenta y tres) tienen infraestructura propia, y se requiere aproximadamente una erogación de ¢294.030 millones de colones para la construcción de las 45 (cuarenta y cinco) áreas restantes (¢6.534 millones de colones por Área de Salud).

De acuerdo con el Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías para el quinquenio 2014-2018, la Institución tiene proyectada aproximadamente la adquisición de 371 equipos con una inversión que asciende a ¢54.000 millones de colones, entre los que se encuentran la Implementación del servicio de tomografía por emisión de positrones por ¢7.000 millones de colones y la IV Fase Equipos de Rayos X, por un monto de ¢3.500 millones de colones. A ello habría que sumar lo que corresponde a la atención del cáncer, cuyo informe se conoció en días anteriores y que no se contempla en el monto citado.

En relación con la prestación de servicio de salud, no existe una gestión integrada de redes de servicios en función de las necesidades en salud de la población adscrita al sistema. Ha venido insistiendo en que hasta que se tenga redes integradas se van a poder satisfacer las necesidades de salud de la población. Lo que está sucediendo es que se colapsa el tercer nivel y, a modo de ejemplo, se está teniendo la intervención en cirugía de alrededor de mil doscientas vesículas, en el Hospital México, cuando esos procedimientos deberían ser solucionados en Grecia, Alajuela, San Carlos, en fin, en algunos otros lugares. Por lo tanto, es evidente que no se produce impacto en las listas de espera porque las redes tienen que hacer su tarea. Además, existe una falta de

mecanismos de transparencia que garanticen, a quienes están en las lista de espera, que pueden tener acceso a esos mecanismos y garantice que las listas de espera se mueven. Por qué no se mueven las listas de espera. Se resiste a pensar que es un tema de especialistas únicamente. El tema de especialistas es parcialmente cierto pero lo cierto del caso es que, también, hay un problema de gestión. Durante los años que ha estado aquí indica que se les presenta un proyecto, otro proyecto e, incluso, hay ciertos proyectos que se mueven entre sí siendo las mismas personas las que los presentan.

Respecto de la evolución demográfica y otros son aspectos que han de considerarse. Por ejemplo, obsérvese este dato: la disminución de la tasa de natalidad y el aumento en la esperanza de vida ocasiona que el porcentaje de dependencia se vaya transformando, produciendo el efecto en el aumento de la carga sobre la población económicamente activa (PEA). Es decir, cada vez se tiene menos jóvenes que aportan a los sistemas no sólo al Régimen de Salud sino también al de Pensiones. Cuando se observan esas situaciones se impone volver al criterio de que la sostenibilidad financiera responde también a un problema de gestión. Por eso ha dicho que los dos pilares que se necesita solucionar son: el tema de gestión y el de la situación financiera de la Caja.

En relación con algunas acciones por tomar, en que ha venido insistiendo y debe reconocer que los compañeros de la Junta Directiva, en algunos momentos, lo han acompañado pero que no ha logrado materializar por alguna razón son:

- *Ejecutar una reestructuración profunda y sostenida de la CCSS, tanto a Nivel Central como a Nivel Local entre otros temas como: la cantidad suficiente de recurso humano, salarios y sus pluses, midiendo su productividad y desempeño, a lo cual se ha referido en reiteradas oportunidades, porque si se tiene casi un 67% en salarios y no se cambia el modelo de atención así como el de salarios no se va a tener Caja, pues es insostenible.*

Asimismo, está lo referido a la duplicidad de funciones entre unidades y/o funcionarios; las evaluaciones, el desempeño, la productividad. Si se está gastando tanto en salarios ha venido insistiendo en que se necesita, entonces, tener esas evaluaciones de esa productividad para medir el desempeño y determinar si, realmente, lo que se necesita son plazas o se requiere que el personal haga lo que tiene hacer.

- *Determinar y modificar el modelo de atención en ejecución, pues debe responder a las necesidades financieras de la Institución y a las necesidades de atención de la salud que requieren los usuarios.*

Es imperativo replantearse el rol y funciones que deben cumplir los EBAIS dentro de la estructura de salud, por lo que se debe revisar, adecuadamente, cuál es el personal médico y de apoyo e, incluso, se debe hacer un alto y definir cuál es el verdadero papel de los EBAIS, porque no se tratar de seguir creando EBAIS porque cada uno de ellos implica lo relacionado con la situación de infraestructura, el recurso humano y cuál es el recurso humano que se debe plantear, precisamente, para que a la altura del primer nivel de atención se pueda tener un impacto para desahogar el segundo y tercer nivel.

- *Direccionar y promover que el Proyecto de Modernización del Sistema Financiero gestione adecuadamente la información financiera institucional.* La situación se dificultar si no se tienen los controles de la información financiera y la integración de procesos tales como manejo de comprobantes, gestión de incapacidades, costos hospitalarios. Durante años anota que ha venido planteado que se necesita una estructura de costos que permita visualizar y priorizar las inversiones, las planillas, los inventarios. En muchos casos se tienen inventarios de más de siete meses, y se trata de dineros hundidos en un rubro determinar. Por consiguiente, habría que cuestionarse si los plazos de los inventarios son o no los adecuados.
- *Enfocar el Expediente Único en Salud.* Me alegro de que esta Junta Directiva esté consciente de que no es sólo el EDUS sino que se tiene que entender que el EDUS es una etapa pero el objetivo final es el segundo y tercer nivel de atención, y ahí es donde está el tema. Aún si se empieza hoy se va a tardar de cuatro a cinco años para tener el expediente electrónico que tiene no sólo un uso de control y que algunos lo descalifican por eso sino que, además, tiene la virtud de que va a mejorar áreas como rayos equis, exámenes de laboratorios y podría evitarse la duplicidad de recursos en esas áreas.
- *Establecer una oferta básica de servicios de salud,* considerando experiencias internacionales.
- *Fortalecer el proceso de formación en la Caja.* Ha venido planteando que la Institución tiene que tener un liderazgo social pero hay que empezar a construir desde abajo cuáles son los inventarios de las necesidades. Ha insistido, durante años, en que se necesita no sólo el modelo de atención sino que ese modelo y los recursos respondan a las necesidades de la salud con un rostro humano.
- *Dar mayor integralidad al Seguro Social, analizando la viabilidad técnica, legal y administrativa para que el Seguro de Riesgos de Trabajo sea administrado por la Caja.* Indica que este tema se ha tratado muchas veces. Considera que este tema se ha tratado muchas veces pero no se concreta. Cree que parte de los problemas es que esta Junta Directiva crea los insumos necesarios para procesarlos y lograr tener un producto pero, por alguna razón, en la administración no camina. Prueba de ello son los muchos acuerdos de esta Junta Directiva respecto de los que pasa mucho tiempo y no se cumplen y no hay un seguimiento de parte de la administración que permita a los miembros de la Junta Directiva que, al menos una vez a la semana, lograr ver consolidado alguno de los productos importante como los que está señalando. Señala que debe hacer:
 - 1) *Posibles modificaciones legales que permitan la viabilidad legal y técnica, y el*
 - 2) *Traslado de recursos del INS (Instituto Nacional de Seguros) a la Caja, entre otros: Infraestructura, Recursos Humanos, Patrimonio, Inversión, Provisiones técnicas, Sistemas de Información.*
- *Tomar acciones y medidas impostergables para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de pensiones.* Ha mantenido y mantiene que no se debe esperar el estudio que realiza el señor Eduardo Melinsky para tomar las acciones que son impostergables. Lo que puede suceder con el estudio que prepara el señor Melinsky es que se determine que el punto de

inflexión varía y, como algunos de nosotros hemos mantenido, lo importante no es saber si la Caja tenía o no razón sino cuál es el punto de inflexión, y que creo que sabemos que estará entre el veintisiete o treinta, es decir, del año 2017 ó 2030. Eso hace que las acciones que él ha solicitado hasta la sociedad, junto con otros señores Directores, que la administración proponga las acciones, formule las propuestas, que diga cuáles de ellas deben ser tomadas en cuenta –anota-. Por ejemplo, las que hemos planteado algunos, tal es el caso de la determinación de la prima para equilibrar el nivel de ingresos con los gastos, el ajuste de la edad de pensión, ajustes paramétricos en los cálculos actuariales, etc.), siendo necesario iniciar con este proceso, antes de que se conozca el informe del actuario externo contratado y cuyos resultados aún están siendo analizados por la Universidad de Costa Rica. Lo digo por lo siguiente. Tenemos un tema de gradualidad. En el momento en que se tengan las presiones de los resultados de ese estudio las personas podrían decir que está quebrado porque no entienden que es dinámico y debe ser modificado. En ese momento el manejo va a ser difícil y posiblemente las medidas sean mucho más profundas y menos graduales. Abogo porque las medidas sean graduales, pues estamos a tiempo. Es una tarea respecto de la que la administración en general no ha hecho las propuestas a esta Junta Directiva, aún cuando hemos venido insistiendo.

- *El impactar las listas de espera de una manera sostenida y eficiente, mediante una mejor gestión y la creación de segundos turnos, lo cual es impostergable.* Esto por cuanto en el momento en que se tiene una infraestructura ociosa y la jornada es de 7 a.m. a 4 p.m., en que los servicios están colapsados pero a partir de las 4 de la tarde la infraestructura queda ociosa. En ese caso sí vale la pena disponer recursos y poder producir impacto en las listas de espera.
- *A todo esto se suma, la importancia y liderazgo que debe tener la Dirección Actuarial y Económica, pero no los ejemplos de las necesidades actuariales o de la situación actuarial a un año.* He venido insistiendo en que es necesario contar con las proyecciones actuariales de corto, mediano y largo plazo que permitan marcar la vía y determinar hacia dónde irá esa vía, con el fin de conocer si en algunos tramos hay que colocar puentes o modificar curvas que permitan transitar por esa vía.

Manifiesta don Adolfo que entregará a los señores copia del documento en consideración, en el que, evidentemente, hay muchísima más explicación y datos, que rogaría, con todo respeto, que le den lectura por cuanto hay datos estadísticos, números, situaciones de morosidad, estadísticas, etc. que ha hecho el esfuerzo por tratar de resumir en la presentación. No pretende en el documento en consideración sean las únicas opciones y las soluciones como una panacea para la Caja. Pero son situaciones que él ha venido planteando y sería muy egoísta plantear que no lo han hecho otros. Ha planteado este asunto como una frustración, para manifestar su nivel de frustración. Indica que, posiblemente, él es uno de los Directores más viejos de este grupo y debe decir lo primero que hizo, en la segunda sesión de Junta Directiva en la que participó, fue solicitar los tomógrafos, en fin, abogar porque hubiera tomógrafos y nueve años después, en Pérez Zeledón, se ha instalado el primero de esos cuatro tomógrafos. No quiere admitir ni cargar con una responsabilidad a nivel externo, tal es el caso de la Asamblea Legislativa y, principalmente, enjuiciamiento de personas que necesitan atención creyendo que los Directores de esta Junta Directiva pasan sin interesarse por los asuntos. Cree que la administración debe

variar, que las Gerencias deben ser más exigidas, lo cual viene manteniendo hace ya años. No puede ser posible que los Directores tengan agendas que son planteadas, en su mayoría, por las necesidades de las Gerencias, y que los temas profundos como éste los señores Directores no los aborden, pero con acciones concretas. Reitera que no son los Directores de la Caja Costarricense de Seguro Social quienes deben suministrar, proveer, presentar las fórmulas de solución, porque los que conocen, quienes están día a día con la administración y quienes plantean y deben plantear las soluciones micro y macro de la Caja es la administración, los Gerentes, los directores de las unidades y aquellas personas que conviven día a día con los problemas, para que Directores como los que actualmente existen que tienen una gran apertura y hay una gran necesidad de contar con esas propuestas puedan tomar las decisiones más adecuadas.

Termina y dice que esta visión ha sido enfocada a riesgos financieros, operativos y tecnológicos enfrenta la Caja, los cuales, merecen ser solucionados, de inmediato, para que esta noble Institución pueda mantenerse en el tiempo y pueda cumplir con los propósitos para los cuales fue creada. Si nosotros –y en especial la administración- no toma las acciones y propuestas concretas que –reitero- son impostergables, en especial, las que promuevan los oportunos planteamientos de la administración, garantizo, de alguna manera, que la sobrevivencia de la Institución está en riesgo y que la Caja no es sostenible y viable en el tiempo. Quiero decirlo así porque los números no fallan, pero quitemos los números por un segundo y veamos la realidad que estamos viviendo: personas en los servicios de emergencia por varios días porque no se dispone de una cama, lista de espera que no tienen gestión, situaciones de denuncias de diferentes circunstancias que no caminan. Por ejemplo, he pedido hace más de dos o tres meses que se vea el tema relacionado con el Hospital Calderón Guardia, de cuáles son las situaciones específicas que se están dando en ese centro hospitalario y hoy todavía no tengo respuesta porque supuestamente iba a hacerse una presentación en mayo que, según me informa la Secretaría, había un acuerdo mucho anterior a ése. Por tanto, reitero que hoy el llamado es un grito de frustración. El llamado que hago a mis compañeros de Junta Directiva y a la Administración es compartir con ustedes la frustración que esto implica. Algunos de ustedes tienen un año de estar aquí pero yo tengo nueve. Después de nueve años los que me conocen se dan cuenta de que sí trato de hacer un cambio equivocado o no, pero en algunos de los temas más álgidos de esta Institución lo he venido haciendo en forma consecuyente, permanente. Hago hincapié en que puede ser que mis formas hayan sido equivocadas en algún momento pero mis intenciones llevan el más sano criterio para que los asuntos caminen y pasan años y no se solucionan creo yo porque la administración o a los mandos medios no les dan información o no entienden que si no hacemos la tarea la Caja va a sufrir y, principalmente, las personas pobres del país van a sufrir. Espero que esto se tome con la mejor intención con la que yo lo he hecho. Debo reconocer el esfuerzo que está haciendo la Presidencia Ejecutiva que nada más tiene un año de gestión. Debo reconocer, también, el esfuerzo que hacen algunos de mis compañeros en ser muy estudiosos y ser proactivos y no esperar simplemente el esfuerzo de algunos otros, pero como grupo debemos reorganizarnos; como entidad debemos reinventarnos y, principalmente, como Junta Directiva debemos exigir que esas acciones que son impostergables se tomen de inmediato.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y manifiesta que no le sorprende la reflexión que ha hecho el Director Gutiérrez Jiménez, porque para una persona que ha estado diez años en esta Junta Directiva tiene que ser muy frustrante el haber planteado muchos temas y que muchos de ellos todavía estén pendientes. Sin duda la reflexión recoge muchos de los aspectos que esta Junta Directiva ha planteado y ha colocado como puntos de la agenda estratégico y que lo han

hecho en colectivo, no en forma individual. Muchos de los desarrollos que se han señalado son vitales y muchos de ellos –diría que el 80%- están siendo abordados por la administración. Cree que el sentido de urgencia y de cambio de esta Institución ha sido expresada también por administración. Todos estamos preocupados y ocupados en ese sentido –anota-. Por tanto, quisiera mencionar ese aspecto porque como éste es un espacio de reflexión, no es un espacio de tema de Directores pero sí por el tema, por la forma en la que está esbozada, porque es una nota que viene dirigida, probablemente, a los miembros de la Junta Directiva y que, por consiguiente, va a circular como un documento de tipo público me vi en la obligación de hacer ese comentario.

El Director Barrantes Muñoz anota que le parece importante, primero, agradecer al Director Gutiérrez Jiménez el esfuerzo de haber hecho la síntesis de la problemática institucional, desde su lectura, que es una problemática que se ha venido acumulando en el tiempo y que a él le ha correspondido vivirla con ese sabor de frustración. Le parece importante, porque ahí ve dos aspectos: uno, el esfuerzo que o es posiblemente el resultado de la frustración sino del convencimiento de las cosas que hay que hacer; quizá la frustración es por lo que no se ha podido hacer durante todos estos años, y que urge no seguir postergando. Considera que es importante, como bien lo señalaba don Adolfo, señalar que todos esos elementos los hemos ido trabajando duramente en estos últimos meses en que esta nueva Junta Directiva ha tenido la dirección de la Institución. Prácticamente, en su conjunto, esos elementos se incorporaron en los tres grandes ejes estratégicos que se elaboraron y sistematizaron en la encerrona que se realizó. Se han ido recogiendo dentro de la propuesta del Plan Estratégico Institucional, que espera que en este mes de mayo se termine de conocer. Cree que es ahí en donde esa frustración se convierte en un nuevo esfuerzo para seguir adelante. La frustración implica un poco de amargura porque a veces se quieren hacer cosas y no se logra. Él por lo menos, por el poco tiempo de estar aquí, recoge los sentimientos del Director Gutiérrez Jiménez, a modo de reflexión, pero quisiera que se traduzcan en un renovado esfuerzo por poner en marcha el plan institucional con resultados concretos, que es el gran reto que tienen; hay una demanda social fuertísima y la Institución tiene que resolver esa demanda con resultados. Considera que los lineamientos están, básicamente, definidos pero sí nos corresponde el reto de que eso se traduzca. Indica que ése es su comentario a la reflexión del Director Gutiérrez Jiménez, la cual agradece mucho. Anota que hay temas de valoraciones específicas de orden muy preciso como la parte financiera, que le parece que deben ser trasladadas formalmente a las áreas técnicas de la Institución para poder tener los elementos adicionales de valoración de las partes técnicas. Porque un documento como el citado si sale a la luz pública se podría convertir en un problema adicional a los que ya se tienen. Por tanto, quisiera que, como documento y en lo que tiene de valoraciones sobre aspectos que comportan criterios técnicos, sea valorado por las áreas técnicas de la Institución, para lo que corresponda.

Manifiesta el Director Gutiérrez Jiménez que agradece la reacción mesurada y el aliciente de ambos. Le parece que los señores Directores recogen, sin duda, lo que ha venido sucediendo en los últimos meses. Debe decir que hay una gran frustración de su parte, pero asegura que mientras esté aquí con renovados bríos va a seguir dando su mejor esfuerzo para que los asuntos caminen. Lo que ha pretendido la reflexión es, precisamente, hacer ese esfuerzo de síntesis con números, porque ahora que vean el documento que se les distribuirá verán que hay mucho más de lo que está diciendo. Lo único que pretendió es compartir con los señores Directores algunas cifras para que no queden en el aire y que sirvan de retroalimentación de alguien que tiene un poco más de bagaje, no más capacidad sino más información en un momento determinado, que pretende compartirla con los señores Directores. Por el respeto que tiene a la señora Presidenta

Ejecutiva y a la Junta Directiva debe decir que no lleva ninguna otra intención la presentación de la reflexión más que tratar de mover el ánimo de grupo hacia esa cohesión que han venido forjando y de insistir y penetrar la burocracia para que la consolidación de las acciones la logre hacer esta Junta Directiva. Dijo en algún momento que le había correspondido una situación boyante, luego una situación tremendamente limitada, en donde se tenía que sostener y “volver a sacar la cabeza del agua” de la Institución y estabilizarla. Le parece que esta Junta Directiva tiene la obligación de mantener esa sostenibilidad y de potencializar la Caja, para poner hoy las bases del futuro de la Institución. Ésa es la única intención que lo mueve y tendría el último decir, en el sentido de que ojalá ese documento sirva para la motivación que le está dando y que se pueda reconstruir muchos de los asuntos que ya han venido abordando pero necesitan lograr, con mayor énfasis, en algunas áreas.

Seguidamente, don Adolfo distribuye la nota del 7 de los corrientes que está dirigida a “*Señoras y Señores Directores*”, una copia de la cual se deja constando en la correspondencia de esta sesión.

Finalmente, la Junta Directiva -en forma unánime y mediante resolución firme- **ACUERDA** trasladar la reflexión del Director Gutiérrez Jiménez a las Gerencias Médica, Administrativa, Financiera, de Logística, y de Infraestructura y Tecnologías, y de Pensiones, para el análisis pertinente y con el fin de contar los elementos adicionales de valoración de las partes técnicas.

ARTICULO 4º

Se somete a revisión y **se aprueba** el acta de la sesión número 8766.

Por otra parte, la señora Presidenta Ejecutiva solicita –y se acoge en forma unánime y mediante resolución firme- que seguidamente se haga la presentación, en relación con el “Avance en la elaboración del Proyecto del Banco Mundial en apoyo al fortalecimiento de la equidad y sostenibilidad del Seguro de Salud”.

Por consiguiente, ingresan al salón de sesiones el doctor Fernando Montenegro Torres, Líder del Banco Mundial, Programa por resultados para el mejoramiento del desempeño del seguro universal de salud de Costa Rica, y la doctora Julia Li Vargas, funcionaria del Area de Gestión Tecnológica de la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, y enlace entre el Banco Mundial y la Institución para el Proyecto del Banco Mundial en apoyo al fortalecimiento de la equidad y sostenibilidad del Seguro de Salud.

Ingresan al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

Ingresan al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

ARTICULO 5º

Se procede a la presentación del “Avance en la elaboración del Proyecto del Banco Mundial en apoyo al fortalecimiento de la equidad y sostenibilidad del Seguro de Salud”, a cargo del Dr. Fernando Montenegro Torres, quien, al efecto, se apoya en las siguientes láminas:

- 1) Revisión aspectos clave del préstamo Banco Mundial

Programa por Resultados en apoyo al Programa de Fortalecimiento de la Equidad y la Sostenibilidad del Seguro de Salud
Presentación para Junta Directiva de la CCSS – Mayo 7, 2015.

2) Diseño de préstamo es innovador y se adapta de manera flexible al PFESS

Nuevas autoridades se han asegurado que el préstamo del Banco se alinee con la visión de la Caja Centenaria, con las prioridades identificadas y el plan estratégico establecidos por la CCSS.

Banco usara nuevo modelo de préstamo (llamado en el documento de préstamo “instrumento”) que reemplaza los antiguos préstamos que usan los sistemas del Banco para en vez de ello usar los sistemas del país y de la CCSS.

Objetivos del proyecto y diseño en general deben claramente apoyar lo que el país y la institución haya definido como un programa de fortalecimiento para la Equidad y la Sostenibilidad del Seguro de Salud

3) Innovación central: Desembolsos en función de hitos y resultados identificados por la CCSS como prioritarios no por insumos

Lógica de diseño de desembolsos reemplaza gestión de monitoreo de insumos por uno de monitoreo de resultados que la CCSS ha identificado como críticos y factibles de alcanzar en los próximos años.

Proceso de preparación incluye una evaluación de los sistemas fiduciarios (gestión financiera, contable y adquisiciones) y de gestión ambiental y gestión de temas sociales (poblaciones indígenas y otros grupos vulnerables)

Se usan los sistemas institucionales y nacionales para la verificación de cumplimiento de los hitos y las metas y los objetivos se expresan como indicadores cuantitativos y cualitativos de resultados.

4) El apoyo del préstamo se concreta en los dos objetivos propuestos:

- Mejora de la oportunidad y la calidad de los servicios de salud
- Fortalecimiento de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

5) Montos, tiempos y desembolsos

Monto total: 420 millones de dólares

Duración del proyecto: 6 años

- ❖ Se han propuesto **12 Indicadores** de Desembolso de Préstamo (IDP) y cada indicador representa el **8.3%** del total por lo tanto **cada indicador está asociado con un desembolso de 35 millones de dólares.**
- ❖ A la efectividad* del proyecto se puede llegar a desembolsar hasta un 20% del monto total del proyecto como adelanto o sea hasta un **monto 84 millones** de dólares.
- ❖ Hay un flujo de desembolsos estimado en función de lo que la institución considera que se puede cumplir en el Tiempo de vida del proyecto pero si se logran antes o después no hay penalización, se desembolsan en cuanto se cumplen las metas.

** Efectividad del Proyecto en la práctica se lograría una vez que se confirme de manera legal que el Congreso ha aprobado el préstamo propuesta.*

- 6) Proyecto apoya las tres áreas del PFESS (Plan de fortalecimiento estratégico de los servicios de salud).
- Modelo de Prestación de Servicios de Salud.
 - Modelo de Gestión Administrativa.
 - Modelo Financiero.
- 7) Fechas e hitos pendientes para la finalización de la preparación del préstamo
- ✓ **Mayo, 2015:** Presentación de Borrador Proyecto a Junta Directiva de la CCSS.
 - ✓ **Junio, 2015:** Finalización de Documento de Proyecto y Manual de Operaciones.
 - ✓ **Julio, 2015:** Misión de Evaluación Final del Proyecto de Banco Mundial.
 - ✓ **Agosto, 2015:** Negociaciones finales del documento legal de Convenio de Préstamo de Banco Mundial.
 - ✓ **Septiembre 2015:** Procesamiento legal de todos los documentos completos y las minutas de negociación del Convenio de Préstamo para la presentación del proyecto a la Junta del Banco Mundial.
 - ✓ **Noviembre 2015:** Presentación del proyecto a Junta del Banco Mundial para su aprobación y para que el Gobierno de inicio al proceso de presentación, discusión y aprobación por parte de Asamblea Legislativa.

El doctor Montenegro Torres agradece el recibimiento en nombre del equipo del Banco Mundial y anota que es muy importante esta reunión, ya que es la primera en donde se presentan aspectos claves del préstamo para someterlos a consideración de los señores Directores de la Junta Directiva. El trabajo que esencialmente se ha realizado es la identificación de las necesidades de la Caja y que se ha expresado pueden ser parte del proyecto. Este préstamo es innovador y es en particular un diseño flexible para ajustarse a las necesidades del Proyecto Fortalecimiento de la Equidad y Sostenibilidad del Seguro de Salud (PFESS) a solicitud de las autoridades de la Caja. No es el préstamo típico, es un nuevo instrumento y cree que es el más útil para ajustarse a la Caja, no es un proyecto que está basado en principios de insumos y gastos de recursos para obtener un producto, sino en resultados que la entidad ha identificado, no son resultados que se suponen, sino resultados que la Institución y el país quieren y que pueden producir un cambio, que es el objetivo del proyecto, que está alineado con la equidad y la sostenibilidad del Seguro de Salud. Este instrumento está diseñado para países sofisticados, donde el Banco Mundial no realiza ningún proceso interno, sino que adopta los sistemas del país, ese proceso implica una revisión de los sistemas y este es el instrumento más adecuado. Anota que uno de los elementos centrales se base en que los desembolsos están basados en los hitos y los resultados identificados por la Institución como prioritarios y factibles, no es un proyecto que está determinando insumos y la lógica de estos desembolsos reemplaza la lógica de monitoreo, que era lo típico que aplicaba el Banco Mundial a sus préstamos y que todavía tienen otros países, en donde los desembolsos se hacen en función a lo que se ha gastado. En este caso, los desembolsos se hacen en función de los hitos y resultados que la Institución identifica y que son críticos para obtener lo que la Institución desea. El proceso de preparación incluye estas evaluaciones que es entender como la Institución funciona. El proceso de preparación incluye una evaluación de los sistemas

fiduciarios, la gestión financiera, contable y como lleva el tema de la gestión ambiental y gestión de temas sociales, en particular este último, en las poblaciones vulnerables que son temas importantes para el Banco Mundial, ya que siempre están siendo observados por las organizaciones no gubernamentales, con justa razón, para asegurar que lo que el Banco Mundial realice, no afecte a la sociedad civil y cuando lo hace estos grupos denuncian y lo hacen público, por lo que el Banco ha adoptado mecanismos sobre ciertos temas que deben ser revisado. En el caso de Costa Rica, con todos los problemas que existen, comparados con otros países, ya que hay leyes nacionales que pueden permitir y facilitan esas evaluaciones en cuanto al tema de gestión ambiental y social, no son un problema que en otros países suelen ser. Además, es útil porque alinean las leyes nacionales y las normas institucionales a lo que debería ser el proyecto, que en otros países demora un año, y año y medio, en este país en la vida real ha sido muy intenso sobre todo en los meses de febrero y hasta ahora, se logró hacer en tiempo récord. El trabajo es en detalle, porque hay una Institución y un país con mecanismos sólidos y no es que sean perfectos, pero si se ha facilitado el uso de este nuevo instrumento. En cuanto a los objetivos fundamentales de este préstamo y que están alineados con el programa de fortalecimiento de la equidad de la salud son:

- Mejora de la oportunidad y la calidad de los servicios de salud
- Fortalecimiento de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

Estos son los objetivos que el proyecto persigue y que se entiende son una parte de mejorar la equidad y la sostenibilidad financiera. Algunos detalles importantes es que el proyecto tiene un monto de total cuatrocientos veinte millones de dólares y una duración de seis años, se planteó a esos años, porque es un proyecto por resultados y los desembolsos no están atados a hitos que la Caja cumple, los resultados tampoco están atados a un año o a otro, no hay ninguna penalización, porque la meta se cumpla en el año uno, dos o tres, sino cuando se cumpla; pero si al final de los seis años, hay muchos temas por concluir, ese es otro asunto. Sin embargo, si se logra en los primeros tres años, varias metas como entiende que hay la necesidad, no hay ningún problema se desembolsa en el instante en que se hagan. En el caso de los indicadores cualitativos, si por algún motivo, en el año dos se necesita hacer un desembolso, pero no se logró el 100%, se desembolsa lo que se haya hecho y el resto se pide en el tercer año. La duración es de seis años porque Costa Rica, al igual que otros países de Centroamérica, tienen un Congreso que no analizan el proyecto sino que le establecen un techo al Gobierno y eso hace que cuando el Banco Mundial aprueba un proyecto, normalmente se hace efectivo en uno o dos meses. En este caso es distinto, porque una vez que la Junta del Banco Mundial ha aprobado el proyecto, se considera que ya está corriendo la vida del proyecto, pero en el caso de Costa Rica y otros países de América Latina, el Congreso lo aprueba y en el pasado, ha existido un tiempo en promedio de 9 a 18 meses de aprobación, aunque no haya sido analizado por el Congreso la Caja no se detiene, sigue haciendo y en el instante en que el Congreso apruebe, que es esencialmente el elemento más importante de efectividad, se puede hacer un desembolso de hasta un 20% del préstamo total, como una especie de adelanto y segundo, también se evalúa que se hayan cumplido los indicadores en sus metas establecidas. Por lo tanto, la Caja no tiene que detenerse en una especie de financiamiento retroactivo, porque es un desembolso en función de las metas ya cumplidas. En otro apartado, la Caja ha propuesto 12 áreas que se ligan a los desembolsos y cada indicador representa el 8.3% del total del préstamo, en ese sentido, cada uno de ellos está asociado con un desembolso de treinta y cinco millones de dólares, porque este no es un proyecto de insumos, si no de resultados y es el programa general que se necesita apoyar, ese aspecto le permite a los

encargados de revisar, ya que no es que hay un indicador ligado a la ejecución de un proyecto maestro de inversiones, no significa que esos treinta y cinco millones colones corresponden a esos indicadores, porque son un hito y un fondo general que se usa, esos recursos financieros están ligados a los insumos y más adelante aclarara este aspecto cuando mencione, cuáles son los indicadores que se han identificado, que corresponden a los cuatrocientos veinte millones de dólares, divididos en 12 desembolsos y ligados a los resultados en las 12 áreas, en que han trabajado con los equipos técnicos. A la efectividad del proyecto se le puede hacer hasta el 20% del desembolso, lo cual son ochenta y cuatro millones de dólares; ese desembolso no tiene penalización en el cumplimiento de las metas y la efectividad, en el caso de este proyecto va a estar dada por la aprobación por parte del Congreso de la República. El Proyecto apoya las tres áreas del PFEES (Plan de fortalecimiento estratégico de los servicios de salud) donde están ubicados los siguientes indicadores:

- Modelo de Prestación de Servicios de Salud.
- Modelo de Gestión Administrativa.
- Modelo Financiero.

En el caso del modelo de Prestación de Servicios de Salud, se diseñaron seis indicadores y están organizados de la siguiente manera: tres relacionados con la calidad de los servicios y con la prevención, la promoción y la mejora de las condiciones no trasmisibles, uno ligado con el piloto del modelo de servicios, otro con la oportunidad de la atención y listas de espera y el otro ligado con la hospitalización evitable. Otros seis indicadores, en el número uno es el que tiene que se relaciona con la hipertensión y la diabetes, como se previene y se atiende dentro del sistema y como el paciente que tiene estas condiciones interactúa en el sistema. También existe el tamizaje de cáncer, en el que se utilizan en algunos casos cánceres basados en la Carga de la Enfermedad, la idea no es analizar ese indicador, sino lo que está sucediendo en el sistema, en particular el tamizaje que se ha hecho basado en las condiciones y regiones que más están afectando. También se tienen los internamientos inevitables, es importante que el paciente no llegue a estar internado, porque si se analiza desde el punto de vista de que lo que la Caja produjo como servicios hospitalarios, se pueden analizar positivamente, pero realmente es que el paciente esté bien cuidado y que no tenga que terminar en una hospitalización, la idea es monitorear esos resultados, entender cuál ha sido su historia en la Institución y lograr una meta que sea reducida, que se determine que existe una intervención, lo cual produce que la calidad de la atención impide que se alcance ese nivel, este indicador es típico de la OSD, que mide calidad de la atención de la población. Refiere que otro aspecto significativo es determinar cómo se puede institucionalizar y expandir la política de la cirugía mayor ambulatoria. Un ejemplo, es el Hospital de Alajuela, que fue planeado para expandir esos servicios, esta es una política nacional y las autoridades de la Caja, están muy interesadas en realizarlos de manera sistemática de tal forma que, tanto la calidad de la atención, donde el paciente se pueda recuperar más pronto, como la no necesidad de ocupar hospitalización innecesaria, van a permitir una mejora de la inversión de los recursos, de la calidad y el bienestar el paciente. Ese aspecto combinado con las otras intervenciones que la Caja está planeando hacer en el Primer Nivel de Atención, donde al pacientes le va a dar el seguimiento en su post operatorio, en su tratamiento después de su cirugía o en el tratamiento desde el Primer Nivel de Atención. Este indicador permite medir ese sistema, esos son los indicadores vinculados al sistema de salud, cada uno de ellos tiene estimado del primer año al año sexto y en el segundo año y cuarto año, se estima cuál será el desembolso

basado en lo que la Institución cree que es factible, si ese aspecto por algún motivo no se cumple en esas fechas, no es un problema porque no está ligado, o sea, si no sucede en el año dos, no existe inconveniente, pero es importante que se cumpla la meta.

En relación con una inquietud del Dr. Fallas Camacho, aclara el Dr. Montenegro Torres que en realidad es la misma Caja la que ha determinado lo que es factible, ya que la Gestión y el Modelo de Gestión y las inversiones de los recursos se modifican, por ejemplo, hay que expandir los EBASIS y lo que también hace este proyecto, es determinar cuáles son las metas a los 15 años, en éste y en otros casos. Sin embargo, en el Plan Maestro de Inversión, es una meta de 10 años y todo está ligado a lo que la Institución estima, que se puede hacer en dos o cuatro años, pero claramente se va a indicar que hay una direccionalidad que se está cumpliendo.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y manifiesta que en estos temas, los grupos técnicos que tienen mayor información, han planteado el tema de indicadores de procesos para, luego, alcanzar esos resultados, que son de largo plazo y no se culminará el proyecto, sino se logra cumplir esos indicadores. Por otra parte, en la discusión de las enfermedades crónicas, por ejemplo, diabetes y otras; primero, se está abordando a las personas y, luego, el control y el impacto que se produce, se va a medir a largo plazo.

Sobre el particular señala el Dr. Montenegro Torres que por ese aspecto se denomina proyecto por resultados, pero el Banco Mundial está consciente de que no se hace referencia de los últimos resultados, como es el bienestar y la salud de la población, ya sea por disminución de la diabetes, aunque no se logre modificar esa situación en seis años, se cambia en el tiempo, por ese mismo motivo, los resultados son intermedios, es lo que se puede hacer. Anteriormente, algunos países indicaban resultados muy finales que no se lograban, ya que, inclusive, se produce impacto en factores que son totalmente externos al proyecto, incluidos del sector salud, como es la mortalidad infantil que implica un cambio en otros aspectos, como la política de reducción de la pobreza y en salud, como ilustración, diabetes; aunque se otorgue una excelente prestación en los servicios, debe existir un nivel de cambio de comportamiento que no es fácil y no acontece de la noche a la mañana. Por otra parte, es importante que se dé a conocer el cambio y se conozcan los protocolos internos que la Caja está implementando. Destaca que es significativo conocer en un paciente, cuál es la intervención que le falta o monitorear y conocer cuántos pacientes se tienen con diagnóstico de diabetes y no están con la glicemia controlada o entender lo que falta. Este es el gran logro que va a alcanzar la Institución, es la capacidad de tener en tiempo real información para la toma de decisiones, la idea con el EDUS y con otros sistemas, es que aparte de facilitar la atención individual, sirva para la gran toma de decisiones para la Alta Gerencia y la Junta Directiva, a modo de ejemplo, preguntarse cuántos pacientes tienen un diagnóstico y que no han sido operados. Esta información se puede tener en las bases de datos y en el caso de la atención primaria, se pueden señalar, cuál es la población en riesgo de diabetes, cuáles son los que tienen diabetes, cuáles la tienen controlada y cuáles no. Esta es la visión a 10 y 15 años, en algunos temas si se va a poder determinar antes, como el caso del EDUS y la ficha familiar que son herramientas claves, inclusive, con el nuevo Modelo de Gestión Financiera, se va a determinar como Institución, qué es lo que va a implicar el envejecimiento de la población e implementar una estrategia de prevención más efectiva, típicamente, como con el caso del tabaco, que en otros países se inician campañas y a los cinco o diez años, se mide la repercusión en el cuidado de la salud. Por otra parte, señala que una campaña de esta naturaleza, no es la Caja la que la realiza, es del Ministerio de Salud, pero involucra a la promoción y la prevención, así

como la atención de la salud. Es interesante porque es aquí donde ingresan los insumos del proyecto, es determinar las personas pensando cómo se maneja la información en el medio, porque se pueden establecer metas y no cumplirlas, pero lo difícil es cuando se identifica como se cumple la meta. Como ilustración, en el caso de la diabetes se puede indicar cuál es la población con riesgo, cuántas personas sufren la enfermedad y cuántos están en control clínico bajo las normas de la Institución, no se indica que va a disminuir la diabetes, lo que se hace es identificar y es un aspecto muy importante, hacer el tamizaje a la población y entender dónde están los riesgos.

Interviene el Dr. Fallas Camacho y manifiesta que en la Institución hay grupos que están trabajando, inclusive, esta Junta Directiva se está preparando para participar en algún momento en una definición de un modelo que va a ser muy discutido a nivel nacional, no solo en el Nivel Central sino a nivel institucional total.

Al respecto, indica el Dr. Montenegro Torres que no es una coincidencia, lo que se está realizando no fue concebido por dos o tres personas del equipo que ha estado trabajando, tanto de la Caja como del Banco Mundial, en realidad recibe insumos de la Caja, para lo cual se ha tomado nota y se han reunido con los equipos y se aprendido de lo que está haciendo.

La Dra. Li Vargas anota que es un trabajo largo, en realidad, los expertos desde el Banco Mundial y los funcionarios desde la Caja, han laborado con los diferentes grupos de trabajo y con las personas que les corresponde liderar estos grupos, porque hay indicadores que son puntuales, por ejemplo, los que se relacionan con diabetes y con hipertensión arterial y no es sólo aumentar los pacientes controlados, sino mantenerlos. En el caso del cáncer de colon, que se está atendiendo, aunque no en una forma tan estructurada, la propuesta del indicador en esa parte es en el sentido de que se desarrolle formalmente el programa, ese en particular viene por etapas, el diseño inicial, la implementación del tamizaje, mientras que otros son de índole estructural, como es el plan piloto que en su momento, va a implicar un cambio estructural dentro del modelo de prestación de los servicios de la Caja.

Prosigue el Dr. Montenegro Torres y señala que el indicador en el caso del piloto es el 50% del desembolso estimado, que estaría hecho una vez que se tome la decisión de cuál es el piloto, de dónde, cómo y cuál es el diseño. Esta es la parte interesante del proyecto, porque no se indica que se tiene que plantar un plan piloto de esta manera, sino que se indica, se desembolsa una vez que se ha llegado al acuerdo de cuál es el plan piloto y la manera en que se va hacer, de acuerdo con el diseño que la Junta Directiva aprobó para el diseño de ese piloto, de tal manera que esa es la confirmación de que se puede hacer un desembolso. La otra forma es que ya se ha diseñado el plan piloto y una evaluación al año quinto o al año sexto y las recomendaciones que se han presentado a la Junta Directiva. Entiende que lo que se quiere es que este plan piloto funcione para identificar cómo va o cómo se puede a modificar el Proyecto.

Aclara el Dr. Fallas Camacho que las fortalezas, debilidades y ajustes se tienen que hacer para poder implementarse, lo cual se está pensando cómo se va a realizar, porque no es fácil.

Indica el Dr. Montenegro Torres que no es fácil, pero se tiene un tiempo para trabajar en ese plan piloto, porque es la parte que más le interesa aprender del Proyecto al Banco Mundial, ya que Costa Rica con todas sus fortalezas, está pensando en la visión centenaria y cree que muchos

otros países del mundo, pueden aprender de lo que se está realizando en la Junta Directiva y el país, ese aspecto se quiere documentar. Los otros tres indicadores se definieron para el área administrativa y tres para el área financiera. Refiere que del área administrativa hay uno muy importante y que aparece como indicador: “la mejora de la satisfacción del paciente”, pero el indicador está dividido en dos etapas: la primera es identificar cuáles son los problemas que el individuo tiene en término de su satisfacción, no solamente como en el caso de las auditorías que se hacen ahora, de aquellos que van a los servicios, sino tener una idea de lo que está sucediendo con las personas que no van a los servicios, es encontrar un mecanismo de recolección de información que permita comprender mejor esa información y que se realice periódicamente, pero que también se entienda que está sucediendo con el bienestar laboral. En la revisión que realizó el Banco Mundial de las diversas funciones, se determinó que había una función de recursos humanos y que la administración, está proyectando de manera muy proactiva y tiene que ser un aspecto que sea más allá que resolver las crisis de último momento. Se debe pensar en el bienestar laboral, se tiene que recolectar la información de manera permanente, por ejemplo, el 56% del personal de la Caja son mujeres, de las cuales una cantidad importante tienen hijos o hijas que pueden requerir la necesidad de una guardería. La Caja no la tiene, ese aspecto también afecta a los padres, al personal masculino y sería interesante que una vez que se recolecte la información, la Junta Directiva apruebe un plan operacional para la mejora del bienestar laboral. Ese es un aspecto positivo y crea condiciones progresivamente de un buen ambiente, ya que los conflictos siempre van a existir, pero por lo menos tener esta visión de recurso humano más constructiva. Por otro lado, le llama la atención de que el 60% de las solicitudes de incapacidades del personal es por enfermedades gastrointestinales. Esa es la información que tiene la unidad que analiza el tema de salud de los trabajadores dentro de la Caja. Además, que en el tema de gestión ambiental se determinó que varios hospitales y centros de salud tienen pozos sépticos que están colapsados. Por otro lado, la documentación revisada sugiere que las aguas negras están flotando, ese aspecto no es solo perjudicial para el paciente sino para el trabajador. En un país como Costa Rica que el 60% de las personas padecen de enfermedades, llama la atención en ese sentido. En todo caso el punto es investigar de manera más proactiva y priorizar resolver esa problemática, en términos de inversión en los centros de salud más pequeños.

Consulta el Director Devandas Brenes sobre el plan piloto, tomando en cuenta el tiempo que conllevan los proyectos en la Asamblea Legislativa, dado los plazos parlamentarios. Le parece que la Institución, eventualmente, podría adelantar el plan piloto para el cumplimiento de sus objetivos y, luego, se podrían realizar los reembolsos.

Responde el Dr. Montenegro Torres que se espera que se cumplan los objetivos, porque lo importante es el cumplimiento de esos hitos.

Indica el doctor Devandas Brenes que no están incluidos en los objetivos, implícitamente existe un aspecto de cuando se hace referencia de la satisfacción de la población, con los servicios que está recibiendo. En ese sentido, se ha analizado en la Comisión de Salud, en términos de que no se tiene en la Institución, un modelo integral de evaluación del cumplimiento, el cual tiene que estar integrado a la evaluación del desempeño. Pregunta si sería posible lograr algún apoyo técnico con el Banco Mundial, para empezar a trabajar institucionalmente la elaboración de ese sistema. Hace un momento, conversó con don Juan Luis Bermúdez, en términos de que si se hace el plan piloto y no se tiene un sistema de evaluación bien establecido, será difícil determinar si funcionó o no. Insiste mucho en que el plan piloto no podía ser solo médico, sino

multidisciplinario y considera que se está avanzando bien en ese campo, pero esa falencia que existe, le produce preocupación, entonces, plantea esa pregunta y hace el comentario, para determinar, al margen del préstamo como un apoyo voluntario.

Responde el Dr. Montenegro Torres que si esa solicitud se plantea formalmente, eventualmente, el Banco Mundial podría brindar apoyo técnico, porque es un tema que se ha manejado bastante bien y se puede apoyar como asistencia técnica, la manera que los técnicos de la Caja, lo toman o lo dejan, no como una decisión pero si se tiene una experiencia importante, aunque es complicada la evaluación. Le parece que el Banco Mundial estaría dispuesto a apoyar la propuesta en el próximo año en particular, porque es donde se va a preparar el diseño. La otra parte es interesante, porque está ligada con un indicador que es uno de los tres modelos de gestión, que se relaciona con la producción de información estratégica de inteligencia institucional, parte de ese indicador es que haya una capacidad institucional de producir la información relevante, que la Caja tiene una cantidad enorme y dispersa para tomar ventaja de la digitalización. Esa información es la va a recolectar una unidad, para responder a las preguntas estratégicas y una manera de hacerlo es evaluar todo el sistema, de modo que este proyecto de la Junta Directiva, estaría teniendo resultados en los próximos cinco, diez o quince años. Destaca que ese sistema es importante tenerlo construido, porque de lo contrario, la información estaría dispersa. Lo importante es que en este instante quede claramente fortalecida la Institución con una capacidad de inteligencia institucional, que permite evaluar y le suministre a los decisores, la información estratégica, de tal manera que la Junta Directiva no tenga que desaprovechar su tiempo, en ir y consultar a cada uno de los actores, pero también tener una visión de que es lo que está sucediendo, lo cual se denomina un cuadro de mando donde se evalúe lo que está sucediendo. Por ejemplo, desde las listas de espera hasta los otros, cómo se está avanzando en el tema de la diabetes, es un problema de estilos de alimentación, el consumo del tabaco, la satisfacción misma del paciente, la conflictividad laboral, entre otros aspectos. Este es un cuadro de mando en donde la idea es que Junta Directiva y la alta gerencia tengan a la mano esos elementos, que les permita la toma de decisiones, en tiempo real y permanentemente, pero que además el equipo que esté produciendo esa información sea opcional. Cuando el Servicio Nacional de Salud introdujo varios cambios, uno de los aspectos que se necesitaba era un cuadro de mando, para conocer que decisiones que se tomaban, además, elaborar la información de manera que les permita entender, que es lo que está sucediendo y, además, de que escenarios se tenían, con la potestad que tiene la Junta Directiva, cuando es necesario habrá que analizar a profundidad.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y señala que no conocía si se analizaron los indicadores del Modelo de Atención, cree que se hizo referencia de los de la parte administrativa, pero le parece que están haciendo falta el diseño de algunos indicadores.

El Dr. Montenegro Torres señala que faltan los indicadores financieros. El primero, originalmente se puede determinar, como la adopción de una herramienta con estándares internacional tipo Registro de Planillas. En realidad lo que la Caja está haciendo es más importante, porque está revisando sus procesos de gestión financiera, hay mucho trabajo que hacer porque existe mucha duplicación de procesos, por lo que se está realizando un trabajo minucioso para que se logre automatizar los sistemas, pero no se puede sino se conoce que es lo que se quiere. El otro tema, son los cambios funcionales que la gestión financiera tiene que tener, para producir información en tiempo real no, solamente, para los procesos transaccionales de la

Caja, pero para la toma de decisiones estratégicas. Por otro lado, la Caja no ha completado todavía, un aspecto que ha iniciado que es la adopción de los estándares internacionales contables de gestión financiero-contable y el país, aprobó una Ley que establece que las Instituciones tienen que tenerlo y no es un proceso rápido, pero la Caja ha hecho gran parte del proceso, porque el sector público lleva siete años implementándolo. La idea es dar un impulso más rápido, para poder llegar a que la automatización produzca información contable-financiera relevante, en los próximos seis años de la toma de decisiones y que permita a la Junta Directiva, conocer un informe de sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, usando la información producida con mayor calidad, por los cambios de la función financiero-administrativa y la adopción que las normas que el país envía, también consistente con las recomendaciones de la Contraloría General de la República, que se relacionan con la automatización de algunos procesos. El otro aspecto se relaciona con otro elemento de transparencia del presupuesto y es la ejecución de presupuesto, en donde el presupuesto se ejecuta habiendo sido antes aprobado, teniendo como insumo cuál es el comportamiento del presupuesto cuando se analiza de dos maneras. 1) Para el primero y segundo nivel per cápita, si divide y estudia cuáles son los recursos que cada región utiliza, se determinarán las inequidades en el presupuesto. La idea es que en el proceso se determine cómo esa cápita se comporta, pero no funciona asignarle la cápita a todas las regionales, porque las necesidades son distintas y equidad no es dar por igual a todas las regiones, sino a cada una, según su necesidad; la cual estaría dada por la identificación de la Carga de la Enfermedad, por la morbilidad y como bien se indica, todos los aspectos estarían integrados, por el sistema de información digital. De modo que lo que permitiría es tener una base de datos con un pool digital, en donde se conoce que códigos de diagnóstico de la población tiene y en donde está esa población. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), se denomina ajuste de riesgo de cápita ex ante, lo cual permite calcular lo que necesita una persona, en función de la Carga de Enfermedad. 2) Una vez que termina el año por varios motivos requiere un ajuste, se denomina ajuste expos, es una metodología empleada por los países Nórdicos de Europa y la idea es que el presupuesto se elabore con un insumo, que haya un presupuesto sombra que les permita tomar decisiones, que el presupuesto sigue como es pero transparente, cuál sería el impacto que se produce cuando se determina desde esa perspectiva. Los hospitales de la misma manera, los grupos de diagnóstico relativo, no son más que una moneda única, para medir la productividad hospitalaria, pero no se han usado para tomar las decisiones, entonces, hay que incorporarlos en la toma de decisiones financieras, pero también administrativas y lo más importante es la transparencia. Hay un muy buen artículo de la experiencia europea, sobre el uso de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) y el resultado que sugiere, es que el más importante es la transparencia en la producción de hospitales.

El Director Fallas Camacho indica que analizando los indicadores que diseñó Navarro en el año 1978, por grupos de composición sino más bien en función de una visión global de red de servicios nacionales, porque se van a tener que tomar decisiones, por las características propias del país; además, se tiene que definir con mayor claridad esa Red, en términos de cómo va a estar funcionando y donde se van a invertir los recursos financieros, en función de una necesidad de las comunidades, pero no en función de hoy sino con una proyección de diez, quince y veinte años y se debe continuar monitoreando ese tipo de aspectos. De tal manera que el presupuesto tiene que ir ligado a un compromiso institucional, en el sentido de qué es lo que se va a producir de acuerdo con la necesidad y se tiene que medir el impacto que se produce, tanto en enfermedades crónicas como en las no transmisibles de lo que se está haciendo e, inclusive, que es lo que se necesita concentrar por la complejidad de la enfermedad y por su baja incidencia, se

tiene que definir cómo manejar aspectos de esa naturaleza. En ese sentido se tiene que expandir la meta para fortalecer el internamiento intradomiciliario, el transporte de visita, volver a lo que se hizo en el pasado, en términos de visitar a las personas, en lugar de que los pacientes visiten los centros de salud. Se necesitan algo fundamental para que avance el proceso, cuál es la información que se tiene, porque no es producirla es conocer quién la recopila y cómo se procesa, por qué medios se envía a los Centros donde se requiere y están tratando de implementar el EDUS; también, el intento de implementar sistemas financieros y esos proyectos están bien concebidos, pero lo importante es cómo se logran y que sea de utilidad como lo es el Sistema Nacional de Salud; es decir, si se recopila información que no es útil, para qué hacerlo, sería desaprovechar los recursos financieros y se requiere para poder tomar acciones y le parece que es un aspecto fundamental para ordenar los servicios de salud en algún momento. Comenta que algunos Directores de la Junta Directiva, se enfadan porque no se conoce dónde invertir los recursos financieros y cuando, por ejemplo, una persona solicita una beca, como no se tiene la información de la necesidad de Especialistas que tiene el país, se tiene la sensación de no haber tomado una buena decisión. Sin embargo, existen muchos pacientes en lista de espera y es un indicador significativo, entre otros, porque tiene un costo adicional para toda la Red y para todo el Servicio. Le parece que ese aspecto lleva implícito un concepto de planificación fundamental, porque las Especialidades se tienen que proyectar a uno o dos años, además que se tenga claro que va a hacer, por qué lo va a hacer y por qué tiene que hacerlo. De modo que cuando en la Junta Directiva se aprueba un presupuesto, conozca qué impacto va a producir en una comunidad o por qué se está dando ese presupuesto y como se va a ejecutar y se tendrán que hacer las mediciones y valoraciones.

El Dr. Montenegro Torres indica que es a lo que apunta este indicador y la manera de pensar presupuesto, es de forma introspectiva. La idea es de hacerlo prospectivo por indigencia institucional. Unir la información presupuestaria con la información de la Carga de la Enfermedad, es lo que hacen los países europeos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OESD), porque permite tomar decisiones, no solamente sobre el pasado, de entender de donde viene sino a dónde va. Lo importante es que aparte de las herramientas, es una preocupación que identifica mucho con lo que la señora Presidenta Ejecutiva de la Caja ha mencionado, desde muy temprano en las reuniones que han tenido, en términos de que la información, inclusive, si no está siendo producida, no es útil si las personas no la usan y usarla no siempre es fácil. La información que está procesada, tiene que estar hecha de una manera que permita tomar decisiones, la idea es que haya una producción de información institucional estratégica que permita acciones, no solo a nivel de Junta Directiva sino también a nivel de las redes, es decir, avanzar a elaborar presupuestos prospectivos y cuando se defina el presupuesto de este año, se tiene que considerar la morbilidad, porque la cápita se le ha ajustado por la morbilidad y la ajustarán expos, si es que hay alguna justificación, pero ya no es referirse en función de insumos, si no del presupuesto en función de cuál es el valor agregado, para que se disminuya la Carga de la Enfermedad y proyectarlo para en el futuro. Ese aspecto es lo que típicamente se ha convertido en un estándar de la OESD, que si Costa Rica ingresa se va a tener la oportunidad de trabajar, lo que sucede es que la Caja tiene una ventaja que ningún otro país tiene, en términos de que es una enorme institución.

El Director Barrantes Muñoz señala que está extrañando el documento.

Al respecto, señala la doctora Sáenz Madrigal que para que no les produzca preocupación, se enviará el documento para que lo revisen y se presente en la Junta Directiva a finales de mes.

Continúa el licenciado Barrantes Muñoz e indica que la explicación es bastante consistente con el tema, en términos de que es innovador y flexible, que responde más a las propias decisiones y necesidades y todos esos aspectos, le satisfacen porque le impone retos a la Institución, los cuales deben ser traducidos en resultados. En relación con los tres modelos, en la parte de modelo de prestaciones sanitarias, en el sentido de la parte financiera, se tiene que integrar con la parte administrativa. Su inquietud radica en que esa integración, como se relaciona con resultados, porque están obligados a producir esos resultados y a precisarlos. Lo que requerirá un desarrollo de una capacidad y de un órgano muy fuerte a nivel de la Institución, en lo cual se ha ido delineando grandes rutas estratégicas, a nivel tanto de la parte de salud y de la parte administrativa como con la parte financiera, pero va a requerir de inmediato, la capacidad de mejora sustantiva en la coordinación, la planificación, la determinación de los riesgos y una administración muy adecuada de ellos, para poder cumplir los objetivos. En ese sentido, considera que el esfuerzo que la Institución tendrá que realizar ajustes, muy pronto a nivel de toma de decisiones y de ejecución, porque es fundamental. Le parece que en esos términos se ha estado trabajando con un equipo técnico que ha ido delineando toda esta propuesta, pero también tendrá que existir un equipo contraparte, sumamente capaz y fuerte para poder concretar que los resultados se cumplan en seis años o en menos. En el momento de operativizar este préstamo en su ejecución, qué pedirían a la Institución en términos de contraparte o qué se esperaría, para efecto de poder contar con estos resultados y lograr que se hagan los desembolsos correspondientes, ese es un tema. Por otra parte, como estos son recursos que se aplican a la Institución en función de los resultados, la Caja tiene que definir donde los invierte. Desea conocer si en ese aspecto, existe una orientación en el préstamo o si la Institución, es la que define donde los canaliza, porque es parte de la flexibilidad, son recursos que se aplican en función de objetivos y resultados, pero que la Institución tiene que definir donde los aplica. En resumen, como lograr tener la contraparte para que pueda garantizar esa marcha del proyecto, de manera que se vaya cumpliendo los objetivos y la otra, es donde se aplicarían los recursos.

El Dr. Montenegro Torres señala que las preguntas planteadas por don Rolando Barrantes, son muy importantes. Responderá a la más fácil, en efecto es la Caja la que decidirá como utilice sus recursos, dado que tiene sus programas establecidos, no hay ninguna regulación o imposición de ningún tipo y asume la responsabilidad; además, aplicará el sistema del país en términos de aplicar las auditoría internas y externas, porque la Institución es la que gestiona como se les da a esos recursos un buen uso. La primera pregunta es muy interesante, la respuesta burocrática es que la Caja tiene que definir lo que se denomina un arreglo institucional, creíble para la ejecución, no del Proyecto del Banco Mundial, sino como propio, es el tema de cómo se planea que el Proyecto de Fortalecimiento de la Equidad va a funcionar. Su opinión personal, es en términos de que seguramente va a requerir de un equipo multidisciplinario y un seguimiento de funcionarios, con capacidad de decisión que permita la movilización y la toma de decisiones dentro de la Institución, más allá de lo que las diversas unidades, Gerencias, Regiones y hospitales tengan, es un proyecto institucional y la Caja tendrá que tener un diseño para llevar adelante ese proyecto institucional. Es importante considerar lo que va a suceder, es un proyecto institucional de más de seis años y van a querer tener una manera de asegurar, en el sentido de que exista un mecanismo de implementación eficiente interno, en el que se identifique cuál es el arreglo que permita llevar adelante esas decisiones en el tiempo adecuado. Habrán muchas

decisiones que se tendrán que tomar, muchos aspectos que tendrán que cambiar y no basta con la parte técnica, va a requerir una toma de decisiones, va a existir un nivel que se tendrá que tomar en cuenta para seguir. Su opinión personal es que se entiende que se va a analizar cercanamente, porque conoce la Caja, es importante que se tenga una dimensión de una decisión política sustantiva, en la que se conozca que existe una decisión institucional y que el equipo técnico de diversas acciones dentro de la Institución, pero que haya un núcleo técnico que permita catalizar y unir todas estas intervenciones y permitir un reporte de la misma Junta Directiva de manera clara y convincente. Esa es su respuesta desde el punto de vista de su opinión personal. Reitera, que, burocráticamente, se acogerán a la normativa existente en la Caja. El Banco Mundial va a querer tener una propuesta creíble y tiene la seguridad de que la Institución está siendo muy seria en sus planteamientos. No duda que así será y aclara que no se involucrará en una toma de decisiones, porque es una decisión institucional. Está dispuesto a dar opiniones personales, técnicas y consultas, exclusivamente, en ese tenor de dar ideas y que la Junta Directiva es la que tiene que tomar las decisiones. Como Banco Mundial lo que se necesita es un arreglo institucional y conoce ese aspecto, tiene una dimensión política institucional y técnica, además de una administrativa. Para cerrar su respuesta, señala que es importante que el Banco Mundial asuma todos los sistemas del país; sin embargo, si al Banco se le indica que los recursos de este préstamo, no se están invirtiendo de acuerdo con el Contrato del Préstamo o que no hay transparencia, seguirá indicando que el país, es el que tiene que resolver esa situación. Aclara que el Banco Mundial por la presión de las organizaciones, siempre se reserva la posibilidad de tener que investigar y conocer, por lo menos que es lo que se le informa, en términos de qué ha sucedido. En ese sentido, es importante tener una idea de que esos fondos, no son generales de la Caja, sino que ingresan a los fondos del Proyecto del Fortalecimiento de Equidad en Salud, de tal manera que cuando se presente un problema de esa naturaleza, es un problema institucional, también permite ligar como esos recursos, la Caja los va a utilizar y no se van a utilizar en otras actividades, que no sean lo que se quiere que es el Proyecto del Fortalecimiento de Equidad en Salud, dentro de la visión centenaria y de los planes estratégicos institucionales. Entiende que internamente se tiene que resolver ese problema también, pero es un proyecto institucional especial, porque es el proyecto de la Institución. En términos del presupuesto es más que su opinión persona. Por otra parte, le parece que es necesario que se elabore un presupuesto interno, en el que se indique cómo se van a controlar las cuentas y esos recursos financieros, de tal manera que se limite la responsabilidad del Banco Mundial.

La señora Presidenta Ejecutiva agradece la consulta que hizo don Rolando Barrantes y para cerrar la intervención del Dr. Montenegro, le hace extensiva las gracias, porque don Fernando ha hecho referencia en varias ocasiones del FES, el cual es el Plan Estratégico de Equidad y Sostenibilidad y que recoge la agenda estratégica de la Junta Directiva, ahí es donde se articula con la visión del trabajo que se ha venido desarrollando. Se va a seguir trabajando en las próximas semanas, para que se realice la reunión al final de este mes, con una presentación mejorada y más detallada. Además, le solicita al Dr. Montenegro Torres que le haga llegar la presentación del día de hoy, para tener más información.

El Dr. Montenegro Torres indica que la presentación se la entregará a la Dra. Julia Li Vargas y se encargará de presentarla y manifiesta su preocupación por no haberla entregado y pide las disculpas del caso.

Se toma nota.

El doctor Montenegro Torres y la doctora Li Vargas se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; el doctor Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director del Proyecto de fortalecimiento de la atención del cáncer en la Caja Costarricense de Seguro Social, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

ARTICULO 6°

De conformidad con lo dispuesto (artículo 24° de la sesión número 8774, celebrada el 30 de abril del año 2015), se continúa con la presentación del Informe en relación con el Proyecto integral del cáncer, a cargo del Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director Proyecto de fortalecimiento de la atención del cáncer en la Caja Costarricense de Seguro Social (nota N° GM-SJD-4913-2015 del 29-04-15)

La presentación está a cargo del doctor Sáenz Delgado, con base en las siguientes láminas:

- i) Aplicación de los fondos asignados a la CCSS por medio de la Ley 8718 2015.

- ii)


Estado de Origen y Aplicación de los fondos de la Ley 8718



RESUMEN DEL ORIGEN Y APLICACIÓN DE RECURSOS				
Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer Ley N°8718				
Periodo 1 de Agosto 2009 al 31 de marzo 2015				
(Cifras en Miles de Colones)				
Origen	Monto	Aplicación	Monto	% Participación
Ingresos	37,771,970.0	Gasto Ejecutado 1-8-09 al 31-3-15	15,660,858.2	40.3%
Rendimientos	5,670,475.6	Reservas Legales	2,432,361.2	6.3%
Ajuste por diferencial cambiario	-4,608,150.2	Proyecto Radioterapia HSJD	7,020,000.0	18.1%
Otros Ingresos	2,986.1	Proyecto Oncología HCG	8,466,970.8	21.8%
		Proyecto Spect CT HSJD	1,014,217.8	2.6%
		Otros Proyectos	4,242,873.6	10.9%
Total orígenes	38,837,281.6	Total Aplicaciones	38,837,281.6	100.0%

iii)


**Proyectos financiados
(miles de dólares)**



Proyectos Finalizados	Monto
Adquisición de equipo especializado para el Hospital Nacional de Niños	\$348.4
Proyecto Resonancia Magnética (con ampliación).	\$2.428
Actualización tecnológica y ampliación del Laboratorio Nacional de Citologías	\$135.4
Dotación de equipamiento para la atención del cáncer gástrico, próstata y colon.	\$1.243
Ampliación del Servicio de Radioterapia y Quimioterapia del Hospital México	\$15.400
Sustitución del acelerador lineal Siemens del Hospital México	\$2.250
TOTAL	\$21.804.8

iv)

**Proyectos financiados
(miles de dólares)**



Proyectos en fase implementación	Monto
Desarrollar el recurso humano en la red	\$3.235.0
Construcción y equipamiento de servicios de mamografía	\$4.198.0
Promoción de estilos de vida saludable	\$1.000.0
Equipamiento para el Diagnóstico y Tratamiento en la Red	\$6.733.0
Construcción y Equipamiento de la Centro Nacional para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos	\$8.750.0
TOTAL	\$23.916.0

v)

**Proyectos financiados
(miles de dólares)**



Proyectos para el rebalanceo	Monto
Desarrollar el Observatorio de la red de atención del cáncer	\$400.0
Implementación de Clínicas de mama	\$500.0
Fortalecimiento del tamizaje de cáncer de mama	\$1.200.0
Fortalecimiento del tamizaje mediante citología cervical	\$500.0
TOTAL	\$2.600.0

vi)

Proyectos financiados (miles de dólares)	
Proyectos en fase planeación	Monto
Equipamiento e Infraestructura para el Servicio de Radioterapia Hospital San Juan de Dios HSJD	\$11.700.0
Equipamiento e Infraestructura para el Servicio de Hemato-oncología Hospital Calderón Guardia	\$14.111.0
SPECT-CT Para Hospital San Juan de Dios	\$1.694.0
TOTAL	\$27.505.0

vii)

Inversiones de la Red Oncológica 2015.

Títulos Red Oncológica en dólares y colones Al 31 DE MARZO 2015			
Emisor	Valor Facial \$	Valor Facial ¢	Fecha de vencimiento
IMPROSA		¢889,623,600.00	19/03/2015
B.C.R.	\$ 2,500,000.00		29/05/2015
IMPROSA	\$ 4,483,600.00		11/09/2015
IMPROSA	\$ 3,156,879.00		29/10/2015
Lafise	\$ 4,000,000.00		29/10/2015
BAC San José	\$ 7,000,000.00		29/10/2015
BAC San José	\$ 13,000,000.00		17/12/2015
Ministerio de Hacienda	\$ 3,608,000.00		25/05/2016
Ministerio de Hacienda	\$ 90,000.00		25/05/2016
Ministerio de Hacienda	\$ 1,500,000.00		25/05/2016
Ministerio de Hacienda	\$ 400,000.00		25/05/2016
Ministerio de Hacienda	\$ 250,000.00		25/05/2016
Ministerio de Hacienda	\$ 175,000.00		25/05/2016
Ministerio de Hacienda	\$ 175,000.00		25/05/2016
Ministerio de Hacienda	\$ 133,000.00		25/05/2016
TOTAL	\$ 40,471,479.00	¢889,623,600.00	
Fuente: Área Tesorería General			

Cupones Red Oncológica Al 31 DE MARZO 2015			
Emisor	Valor Facial \$	Valor Facial ¢	Fecha de vencimiento
IMPROSA	\$ 99,905.82		11/03/2015
IMPROSA		¢32,877,393.91	19/03/2015
IMPROSA	\$ 66,294.50		29/04/2015
Lafise	\$ 75,000.00		29/04/2015
BAC San José		¢7,000,000.00	29/04/2015
B.C.R.	\$ 33,065.28		29/05/2015
BAC San José	\$ 257,880.49		17/06/2015
IMPROSA	\$ 91,913.97		11/09/2015
IMPROSA	\$ 66,294.50		29/10/2015
Lafise	\$ 75,000.00		29/10/2015
BAC San José		¢7,000,000.00	29/10/2015
BAC San José	\$ 257,880.49		17/12/2015
TOTAL	\$ 1,023,235.05	¢32,877,393.91	
Fuente: Área Tesorería General			

El doctor Sáenz Delgado refiere que la Ley N°8718, fue aprobada en el año 2009 y reorganiza a la Junta de Protección Social. En el Transitorio N°3 traspasa a la Caja los fondos de lo que era el Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC) y establecía que en un plazo de tres meses, la Caja debería hacer un plan de inversiones de esos recursos, cuyo monto era de alrededor de cincuenta y dos millones cincuenta y tres mil dólares equivalentes, porque eran fondos que estaban tanto en colones como en dólares. En ese entonces, un grupo de funcionarios de la Caja elaboró el Proyecto que se presentó a la Junta Directiva, en el mes de junio de ese año y la Junta Directiva aprobó lo que se denomina el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer y empezó sus funciones en el mes de agosto del año 2009 con una Unidad Ejecutora, que le corresponde dirigirla desde ese entonces hasta la fecha y se ha gestionado por cinco años y medio. Indica además que va a presentar un resumen de lo que está desarrollado en el documento que se distribuyó y ampliará algunos aspectos, dado que se hace una referencia al uso de los fondos desde el año 2009, esa parte está contenida en el anexo, pero en el cuerpo del documento está lo que corresponde a los meses de diciembre de los años 2014a marzo del 2015, es un formato semejante a los informes que presenta la Gerencia Financiera y así también se dirigen a la Contraloría General de República. En esa línea presenta lo que se ha ejecutado del 01 de agosto del año 2009 hasta el 31 de marzo del año 2015, con la metodología que se usa, que se denomina origen y aplicación de los fondos. Aclara que los fondos están constando en dólares y en colones, dado que así se trasladaron del ICCC, no se hizo ninguna compra específica de dólares o un cambio de dólares a colones, en ese momento sino que se utilizaron los fondos, o se invirtieron así como estaban y se dejaron en dólares, en razón de que como se va a comprar una gran cantidad de equipos, éstos hay que pagarlos en dólares, por lo tanto convenía tener esa moneda en la inversión, pero para efectos de la contabilidad todos los registros se realizan en colones, es decir, para efecto del origen y aplicación de los fondos. En ese sentido, hay registrado un signo negativo en ajuste por diferencial cambiario, pero es meramente un artificio contable, no es que se ha perdido porque hay que disminuir cuatro mil millones de colones por alguna razón distinta, sino que es el ajuste debido a la revaloración del colón que se dio en los años 2010-2011 y 2012. Hay treinta y siete mil millones de dólares que fue lo que ingresó. Han habido rendimientos por cinco mil seiscientos millones de colones, el rebajo de cuatro mil millones de colones que es un reflejo contable y otros ingresos, producto de unos fondos muy pequeños que aporta la Junta de Protección Social, porque continúa enviando pero no suma más de doscientos mil colones o trescientos mil colones por año, esos datos son los que corresponden al origen de los fondos. En cuanto en cuanto a la aplicación que es lo ejecutado, se tiene que al 31 de marzo del 2015, se han ejecutado quince mil seiscientos sesenta millones de colones, lo que equivale a 40.3% de lo que originalmente se recibió en el año 2009. En este momento hay reservas legales por dos mil cuatrocientos millones de colones, correspondiente a un 6.3% de los fondos y un proyecto que es Spect CT del Hospital San Juan de Dios, que equivale al 2.6% cuya licitación fue adjudicada, hubo una apelación pero se resolvió por parte de la Contraloría General de la República, por lo que la compra se puede realizar y ejecutar esos fondos. El resultado de la sumatoria de esos fondos, son alrededor de un 49% de ejecución del proyecto. También se debe considerar que hay dos montos muy elevados por siete mil millones de colones correspondientes al Proyecto de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, que en los estudios técnicos se denomina el Centro Conjunto que serviría al Hospital Nacional de Niños, al Hospital Blanco Cervantes y al Hospital San Juan de Dios y está en proceso de Revitalización, porque en el año 2011, se realizó un estudio de la Auditoría que planteaba algunos comentarios sobre los estudios técnicos que se habían hecho y la principal interrogante, era si el Hospital México iba a ser

suficiente con los equipos que se tenían, de manera que en dos años, se han presentado estudios del tema a la Gerencia Médica y al Consejo Oncológico, en los que se determina que esos equipos están llegando al límite de uso. Destaca que esos equipos se están utilizando, prácticamente, dieciséis horas al día, los cinco días a la semana y que representan un gran volumen de pacientes, pero que determinó que se requiere agilizar este proyecto.

En cuanto a una consulta del licenciado Alvarado Rivera, señala el Dr. Sáenz que no es pérdida la disminución por el ajuste del diferencial cambiario, porque la moneda sigue siendo dólares y así continúa siendo la inversión, lo que sucede es que para efectos del balance, hay que mostrarlo en colones. Reitera es un efecto contable porque el 90% de estos recursos están en dólares y en el momento de ejecutarlos, se paga en dólares la mayoría de las compras, por ejemplo, el equipo y parte de la infraestructura.

La Directora Alfaro Murillo se refiere a la aplicación de los fondos y al tema del proyecto de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios. Comenta que estuvo en ese Hospital y le mostraron los planos y le llamó mucho la atención que no son planos, son un bosquejo preliminar y data del año 2012, significa que el Proyecto lleva tres años el bosquejo preliminar sin avanzar hacia las siguientes etapas. Manifiesta su preocupación, porque teniendo los recursos financieros disponibles, están y teniendo la expectativa de parte de la Dirección del Hospital San Juan de Dios, en el sentido de que se va a realizar en el menor plazo. Después que se hizo la reunión para atender la visión de esos planos preliminares, han pasado tres años y no hay comunicación, tienen copias de un conjunto de cartas que enviaron, consultando que sucedía y durante tres años, la comunicación ha sido de baja intensidad. Pregunta que por qué teniendo los recursos y dado que ese proyecto de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios es importante, conociendo que le no solo de da servicio a ese Hospital, sino al Hospital Nacional de Niños porque forman parte de la Red, se tiene el terreno para hacerlo, repite, por qué el proyecto se ha desarrollado de manera tan lenta, que desde su perspectiva se atiende un proyecto de esta naturaleza.

Responde el doctor Sáenz Delgado que en el año 2011, la Auditoría realizó un estudio y, prácticamente, detuvo el avance del proyecto.

Interviene la doctora Villalta Bonilla y amplía lo que indicado por el Dr. Sáenz Delgado, en términos de que no es en el año 2011, porque no estaba fungiendo como Gerente Médico, eventualmente, fue en el 2012 ó 2013, cuando la Auditoría hizo el informe. Los planos y lo referente al proceso, fue iniciado por parte de la Gerencia de Infraestructura de una unidad que tenía la Gerencia Médica. En esa parte, hubo un cambio en el sentido de que la Gerencia Médica iba a ser la que validara el Proyecto, por lo que se envió el estudio a la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y no avaló el estudio demanda-oferta, ni la instalación de los equipos, porque se estaban instalando dos equipos en el Hospital México y para los efectos, se construyó un edificio nuevo. Por lo que la Auditoría elaboró un oficio en el que indicó que la Dirección de Proyección de Servicios de Salud tenía la razón y que previo a la construcción de otro Centro de Radioterapia, en un Hospital Nacional se tenía que dejar transcurrir un período de dos años, para que se realizara un estudio de demanda-oferta. En ese sentido, se instruyó para que se volviera a analizar la situación porque, evidentemente, se está necesitando la ampliación de los equipos de Radioterapia.

Sobre el particular, el Auditor indica que en relación con el comentario de la doctora Villalta, no fue en términos de que la Auditoría detuvo el Proyecto, sino lo que hizo fue hacer un análisis y solicitarle a la administración que hicieran los estudios correspondientes de factibilidad económica y de factibilidad técnica e, inclusive, se reunieron con los médicos del Hospital San Juan de Dios, porque la Institución tenía un proyecto en el Hospital México, con una infraestructura que se tenía que analizar a determinar si era factible que esta área, más bien creciera, se le dotara de los equipos y el costo iba a ser menor. Entonces, lo que se le pidió a la administración fue que realizara los estudios de carácter técnico y económicos.

La Gerente Médico amplía lo indicado por el Auditor y señala que Gerencia Médica convocó a la Auditoría con el Consejo Oncológico, para que junto con los técnicos se tomara la decisión. El Consejo Oncológico está formado por los Jefes de Oncología de todos los hospitales nacionales y avalaron el Proyecto y la necesidad que se tenía, en ese momento de hacerlo; sin embargo, se les solicitó que de acuerdo con el estudio demanda-oferta y a la demanda que se iba a tener en el Hospital México, se valorara si era necesario trasladar el Proyecto del Hospital San Juan y trasladarlo, porque también, si más no recuerda, el informe de Auditoría indicaba que se analizara que se quedara en el Hospital México en un solo centro. En este momento se tiene planificado, inclusive, se tienen los recursos humanos, el espacio y todos los aspectos relacionados con el Proyecto, están contemplados en el Hospital San Juan de Dios. En este momento, se está actualizando el análisis que solicitó la Auditoría, para determinar que la demanda va en crecimiento y se requiere de otros equipos de Radioterapia.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que en la misma línea de doña Marielos Alfaro, ha estado un poco inquieto con que se tenga el 10% de ejecución de los fondos del Proyecto. Normalmente, se tiene planteado el proyecto pero no los recursos financieros, en este caso es lo contrario, se tiene el presupuesto y se ha ejecutado un 10%. Además, conoce bien el Programa Nacional de Neumología, al Dr. Luis Ugalde Gamboa y conoce bien el Centro de Radioterapia que hay en el Hospital México. Le parece que así como don Ricardo Barquero y don Luis Ugalde, se tiene un departamento que funciona y es el ejemplo de que si en la Caja se quiere hacer bien las actividades se logran. Estima que no es cierto que hagan falta más especialistas, ni recursos financieros; siempre se pide presupuesto, pero con los recursos que se tiene, normalmente, se funciona. Le comentó al Dr. Sáenz Delgado su preocupación, porque para comprar un ultrasonido y unos broncoscopios se ha tardado dos años, un aspecto son los tomógrafos que, incluso, se han tenido problemas con el presupuesto. Aclara que no fue el Dr. Ugalde con quien se dio cuenta de esta situación, pero cree que el proceso de la compra se ha tardado más de dos años. Lo que, eventualmente, podría producir impacto en los pacientes en el corto plazo, por ejemplo, con la compra de los broncoscopios, dado que conoció la documentación, se tiene un ultrasonido pendiente y no pretende que el doctor Sáenz esté controlando todos los procesos porque no puede. Le parece que se tiene que nombrar un responsable de cada proyecto y los Gerentes tendrán que apoyar su la gestión del doctor y que el Dr. Sáenz Delgado, para que a su vez tenga los funcionarios que se necesitan para avanzar en los procesos. Por ejemplo, personalmente, le dará seguimiento a la compra de broncoscopios, no porque tenga un interés particular, sino porque le interesa que esos fondos sean utilizados de la mejor manera posible y su inversión, significa mejorar los equipos, prestar un mejor servicio y que se produzca un impacto en las necesidades de los pacientes. Con todo respecto, le solicita al doctor Sáenz que se le esté informando, si es que la Junta Directiva no tiene reparo, de cómo se va desarrollando el Proyecto, de manera que objetivamente pueda ir conociendo el avance del

tema de cáncer, en función de la inversión realizada. Además, le gustaría conocer cuáles son las causas para atacarlas y resolverlas y se logre avanza en un tema que es de interés de los Miembros de la Junta Directiva, en términos de los fondos producto de la Ley del Tabaco y los que existan en relación con el tema del cáncer sean invertidos y que se produzca impacto en los pacientes con esa enfermedad.

Interviene el Director Loría Chaves y señala que es importante reflexionar sobre este tema, porque la Institución tiene que hacer un esfuerzo, para entender que los requerimientos de la población, son normalmente de corto plazo; es decir, las patologías que se atienden y se resuelven, por ejemplo, con una solución como la del Hospital México, son patologías que en muy corto plazo, la demanda supera la oferta. Le preocupa porque el equipo que se instaló en el Servicio de Radioterapia y es uno de los mejores de América Latina, se le pueda disminuir su vida útil, dado que se está usando en dos turnos todos los días. Reitera su preocupación y le parece que es un tema de planificación o de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, dado que no se puede esperar para que el equipo sufra un desperfecto y se tenga que buscar una solución urgente. Además, que la Institución en algunos aspectos va detrás de las necesidades que tienen los pacientes, por ejemplo, puede ser que esté equivocado por desconocimiento, pero entiende que hay instituciones privadas y, entre ellas, la misma Universidad de Costa Rica que está articulando un **sistema** de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y la Caja no lo tiene y las Normas Internacionales están pidiendo que parte del tratamiento de un paciente con cáncer sea el PET, dado que permite identificar más fácilmente donde está la metástasis. Le parece que la Institución debe poner especial atención a esas innovaciones. No se está refiriendo a una persona en particular, sino que se conoce que el proceso de una licitación en alrededor de dos o tres años; entonces, si se conoce que el proceso de contratación administrativa es tan lento en las licitaciones, se tienen que programar con mucha antelación. Le parece que la Junta Directiva debe tomar pronto decisiones sobre el Proyecto del Hospital San Juan de Dios, entiende que son criterios técnicos y un acuerdo de esa naturaleza se debe tomar a la mayor brevedad posible. Por otro lado, llama la atención en el sentido de que se debe analizar el tema del Sistema de PET, así como reforzar el Servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, para que exista un Centro Alternativo y, en una eventualidad, pueda atender la demanda de los pacientes con enfermedad de cáncer.

La doctora Sáenz Madrigal señala que aprovechando los comentarios de los Miembros de la Junta Directiva, en el sentido de que, efectivamente, hay una necesidad planteada en el tema de cáncer, es la segunda causa de muerte en el país. Existen recursos financieros que provienen del Instituto Contra el Cáncer (ICCC), los cuales fueron trasladados a la Institución, con la idea de que fortalecieran la atención del cáncer. La ejecución de esos fondos es de alrededor de un 50% y más o menos en alrededor de cinco años, si se estuviera con la ejecución de los fondos al 50%, implica que se están ejecutando por año un 10% y que, específicamente, en el tema de Radioterapia existía un avance, había un proyecto que se había planteado como una necesidad en el Hospital San Juan de Dios. No quiere recordar situaciones no gratas que sucedieron en el Servicio de Radioterapia, cuando estaba ubicado en el Hospital San Juan de Dios y a raíz del accidente sucedido, se trasladó al Hospital México. Una de las grandes preocupaciones que ha compartido con el doctor Sáenz y la doctora Villalta, es en el sentido de que se tenga concentrada la Radioterapia en el Hospital México y es el único Centro que se tiene. Por lo que, eventualmente, se podría existir cierto grado de vulnerabilidad. Le parece que en las reuniones que se realizaron hace unos meses, se estuvo haciendo referencia de la prioridad que se tenía, no

solamente en el tema de Oncología del Hospital San Juan de Dios, sino muy, probablemente, hay que seguir pensando en la otra red. Al Hospital México asisten todas las personas del país que requieren Radioterapia, por ejemplo, que vivan en la Cruz de Guanacaste, en Ciudad Neily o Talamanca y ese tema, se ha estado trabajando hasta por dieciséis horas diarias. Este año se graduaron cuatro especialistas en Radioterapia, se designaron para el Hospital México, lo que ha permitido ir oxigenando el equipo humano del Servicio. Además, en el tema de Radioterapia hay una gran preocupación y la vez pasada, al final de la discusión que tuvieron se indicó cómo operaban las compras de esos equipos. Estos procesos se gestionan con la estructura que tiene la Institución, pero no hay una unidad de compra específica, ni que le dé la prioridad a este tema. Entonces, cuando se reciben las necesidades de las unidades, alrededor del tema del cáncer, compiten con las otras y fue una de las preocupaciones que manifestó don Adolfo, es decir, el cáncer fue declarado de prioridad institucional. Por lo que pareciera que se ha decretado, pero en el momento de la ejecución de los fondos, se está tratando como las otras enfermedades o los otros recursos. Comenta que en una de las reuniones que se realizó, se estuvo visualizando cuál era la forma de mejorar esa capacidad de ejecución, porque no se trata tampoco de crear una hiper-estructura paralela, porque así tampoco funciona. Una de las propuestas planteadas fue en términos de que cada Gerencia, asignara a un funcionario que existe, que le fuera dando seguimiento a los procesos de compra. Lo que sucede es que no se tiene una dedicación específica, para gestionar el tema del cáncer y lo que se tiene al final, es como una contraparte, pero comienza a competir y, entonces, pareciera que existe una prioridad, pero en el momento de la ejecución de la compra, no existe esa prioridad. Indica que ese aspecto se estuvo analizando y discutiendo en detalle y el Dr. Sáenz había planteado algunas opciones.

Interviene el Auditor y refiere que se tiene el informe de Auditoría sobre del citado Proyecto del Cáncer y lee dos recomendaciones:

1. Solicitar al Director Ejecutivo del Proyecto de Fortalecimiento de Atención Integral del Cáncer, efectuar un replanteamiento del estudio que determina la prefactibilidad, del proyecto de construcción y equipamiento del Centro Conjunto de Atención del Cáncer, considerando las observaciones señaladas por la Auditoría en los hallazgos; además, de fortalecer técnica y científicamente lo señalado en este informe. El estudio de prefactibilidad debe considerar entre otros aspectos lo siguiente: analizar y determinar la capacidad total que dispondrá el Servicio de Radioterapia del Hospital México, considerando las posibilidades de crecimiento que ofrece el nuevo edificio, previstas para dos aceleradores lineales, proyecto ampliación integral del Servicio de Radioterapia y Quimioterapia del Hospital México, el aumento en la oferta que significaría la ampliación de jornadas de trabajo, la disponibilidad de recurso humano y, además, el impacto en la oferta que representaría la disposición de nuevas tecnologías.
- 1.2 El estudio de prefactibilidad debe considerar un análisis financiero que permita comparar y desarrollar, las diferentes opciones que podrían valorarse en caso de requerir ampliar la oferta de tratamientos con acelerador lineal, de conformidad con la demanda real de servicios, contemplar un escenario con la creación de una nueva infraestructura independiente y autosuficiente en la prestación de los servicios de Radioterapia.

Continúa el Lic. Hernández que el informe es bastante amplio e, incluso, hacen referencia al comentario que hace la doctora Villalta, en relación con la discrepancia entre dos unidades de la Gerencia Médica. Una de las Direcciones tenía una posición desde el punto de vista técnico y la otra totalmente diferente en favor del Proyecto.

Sobre el particular, el Dr. Sáenz Delgado comenta sobre dos puntos claves de ese estudio. 1) La cantidad de pacientes por año, que puede atender un equipo de acelerador lineal, está fijado por el Ministerio de Salud, son entre 500 y 600 personas. En este momento, los cuatro equipos están atendiendo alrededor de 2.400 pacientes por año, a los cuales les aplicó radioterapia el año pasado; significa que se está al límite de la capacidad, porque el cáncer está aumentando. Hay estudios actuariales de la Licda. Jacqueline Castillo, en el que se indica que el cáncer va en aumento y se duplicará desde el año 2005 al 2025, en un 100%; ese aspecto fue el que se contempló. En el tema de radioterapia sucede que hay varias variables que se deben tomar en cuenta. La más delicada es la cobertura, porque no es una cuestión que todos los pacientes son irradiados, porque para ser atendido en el Servicio de Radioterapia, requiere cumplir ciertas características y requisitos. Entre más refinada sea la técnica de diagnóstico y más temprano sea el diagnóstico, más posibilidades de cura hay y se usa más la Radioterapia. Sin embargo, en pacientes muy avanzada la enfermedad, no tiene mayor sentido utilizar la Radioterapia, a menos que se use paliativamente, entonces, se usa lo que es la variable de cobertura y en Costa Rica es de un 5%. En países desarrollados se logra alcanzar una cobertura de un 55% a un 60%, significa que el 60% de los pacientes con cáncer se les aplica radioterapia. Se está más o menos a la mitad de lo que podría ser un indicador posible de ser comparado con otros países y las otras variables son el recurso humano, las técnicas que se usan, porque cada vez hay más técnicas que se utilizan en Radioterapia, no es solamente poner al paciente con la planificación 3D, sino que hay técnicas novedosas que controlan la respiración, que focalizan más el rayo que se emite, sea en fotones, electrones, entre otros; para poder ser más puntual y producir menos efectos secundarios que son temas que también, si se analizan desde el punto de vista demanda, ese tipo de técnicas que se están empezando a utilizar, en el Hospital México con tumores de cabeza y cuello, hace que los tiempos sean mayores. Entonces, puede afectar el uso, porque hay que recordar que cada paciente es individualizado, a cada persona se le diagnostica con un determinado tipo de cáncer en tal nivel, se le indica cuál es el enfoque que se hace, con el grupo interdisciplinario de oncólogos y oncólogos radioterapeutas y se define un número de sesiones. Usualmente, ese número de sesiones varía entre veinte y cuarenta sesiones, dependiendo de las características clínicas del paciente. De manera que cuando se hace referencia de otras técnicas, esas veinte sesiones pueden ser de cinco minutos por sesión, y son muy cortas, de hecho en el Hospital México se atienden 90 y 100 pacientes por día en aceleradores lineales. Ese es otro factor, así como el elemento de la planta física, hay que considerarlo originalmente y en los planos originales del Hospital México, se podía valorar la posibilidad de instalar dos aceleradores más, pero durante la construcción se determinó que había que construir una subestación, dada la que tenía el Hospital, para poder atender la energía necesaria, para los aceleradores lineales y esa subestación se construyó donde se pensaba que se podría ubicar otro aceleradores. Prácticamente, se quedó sin posibilidades de construir, a menos que se haga otro edificio en la parte de adelante del terreno, en el que está ubicado el estacionamiento, para poder ubicar más equipos. Además, se debe considerar que a raíz de esta situación que se presentó, se solicitó una Misión del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), quienes realizaron una misión a la Caja en el mes de agosto del año 2013, justamente, el estudio se logró concluir a inicios del año 2014. La misión estuvo conformada por dos expertos de Radioterapia del OIEA, un doctor Chileno Andrés

Córdoba y un doctor Cubano que estaba trabajando en ese Organismo y desarrollaron un modelo en términos de cuántos aceleradores lineales, se requerían en Costa Rica y son coincidentes con los estudios que se hicieron en el año 2011, para proyectar esas necesidades y, le preocupa, porque la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, trabajó con esa misión y se elaboró ese estudio del año 2011 y, después, plantearon una posición distinta. Todo el planteamiento tiene un fundamento técnico, no se está haciendo referencia sobre temas en abstracto o apreciaciones específicas, hay un documento que se elaboró en el año 2011, en el cual se iban a basar para indicar si se instalaban cuatro aceleradores lineales y, después, se necesita uno más para los años 2016-2017 y para el año 2020, uno o dos más, dependiendo de la cobertura. Lo que se hizo fue plantear los estudios de acuerdo con lo que se indicó, la Auditoría en esa recomendación que leyó don Jorge Arturo Hernández, dado que le corresponde dirigir los estudios y concluyó de esa manera, o sea, es la forma en que se está redefiniendo este proyecto y considerando también la posibilidad de que en el Edificio de Oncología, que corresponde a otro proyecto, se tiene una reserva de un 20% de los fondos de la Ley N°8718, para valorar la posibilidad de considerar el bunker en ese edificio, ya sea en el sótano, para dejar una prevista para esos equipos, pero ese es otro proyecto que está en proceso de definición.

La Directora Alfaro Murillo manifiesta que escuchando la explicación del Dr. Sáenz Delgado, le queda claro que se está trabajando en el tema de cáncer, o sea, en detección temprana de esa enfermedad, lo que implicará un aumento en la demanda y en el uso de radioterapia y con los estándares de ser un país desarrollado, posiblemente, el país no alcance ese estándar, pero la demanda va a aumentar. Por otro lado, se indica que en el Hospital México, no existe la posibilidad de crecimiento por las razones que explicó, también que el hecho de estar trabajando dieciséis horas, hace que cualquier eventualidad, como la que ha sucedido en otras áreas, produzca una crisis, con un momento inadecuado ahí, un riesgo de colapso. Ante esos aspectos y la explicación que dio el señor Auditor a la señora Gerente Médica, le queda claro solo un aspecto, que se le indique cuando va a estar el proyecto de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios. Primero, desea conocer qué se está haciendo, para cuando va a estar concluido ese Proyecto que se está trabajando, los funcionarios del Hospital San Juan de Dios que se está haciendo con los estudios en la Unidad de Planificación Institucional. Lo que desea conocer en concreto, porque como Directora de la Junta Directiva está convencida de que el Proyecto urge y necesita que en tres minutos se le concrete en donde están, para donde van y cuando se inaugura el Proyecto.

Sobre el particular, indica el doctor Sáenz Delgado que el tema se ha analizado en una reunión conjunta que se tiene mensualmente con la Gerencia de Infraestructura y Tecnología y la unidad que se denomina Dirección de Proyectos Especiales (DAPE), está retomando el tema para revisar los estudios existentes y actualizarlos para poner redefinir el Proyecto. Una vez que esté esa etapa se iniciaría la siguiente etapa, la cual la tiene que llevar a cabo la otra Unidad de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI), para diseñar la fase del concurso y se espera que esté concluido para el próximo mes de octubre.

Al respecto, indica la Ing. Alfaro Morales que fecha indicada supone que está dentro de los plazos, pero esta Junta Directiva dentro de todas las muchas prioridades que tiene esta Institución, le parece que tiene que quedar establecido lo que se ha comentado, el cáncer es declarado prioridad institucional, es la segunda causa de muerte en el país. La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte, también es prioridad y, ese sentido, está convencida

de que la Junta Directiva atenderá estas dos enfermedades de manera urgente. Cualquier aspecto que se relacione con esas enfermedades, tiene que ser la prioridad en cuanto a atención y los proyectos deben avanzar aceleradamente en la Institución, porque son las dos principales causas de muerte en el país. Se podrían discutir otras enfermedades, pero cuando se indica que de esa enfermedad, eventualmente, fallece el paciente. Entonces, los esfuerzos de la Junta Directiva, deben estar orientados, prioritariamente, a que todo proyecto dirigido a atender oportunamente ambas patologías sea urgente. Le indica a doña Rocío que si alguien está haciendo un estudio debe ser a la brevedad posible, porque no concebirá como posible que en mes de octubre, se indique que se están empezando los estudios, esa situación no puede ser posible, dado que es una causa de muerte de muchas personas en el país y si no, quedan muy enfermos y, eventualmente, el costo es muy elevado para el Sistema de Salud. Estima que por todas las vías posibles, hay que dedicarle prioritariamente esfuerzos y tiempo a estas dos áreas de trabajo.

La doctora Rocío Sáenz comenta que como un acuerdo, el tema se ha estado analizando y se le ha dedicado tiempo. Se compromete a analizar proyecto por proyecto y presentar el mapa de ruta. En dónde se mapeará cada uno de los proyectos que están pendientes y revisar los tiempos que están establecidos. Algunos de esos plazos no dependen de la Junta Directiva, sino del proceso de contratación, pero los que competen a la Junta Directiva, se hará un esfuerzo adicional para reducir esos tiempos. Lo primero es definir el mapa para determinar cómo están planteados y, luego, hacer el estudio para poder hacer esa programación en los canales técnicos. Le parece que esa sería una forma. Está claro que no depende solo del Dr. Sáenz sino de la administración, pero se le va a tener que establecer un peso mayor, con el seguimiento de los avances de cada uno de los proyectos en forma integral, ese aspecto le parece muy importante, no es el avance de la obra de infraestructura, porque a veces se separan esos procesos por la fragmentación que tienen de responsabilidades y, entonces, se le da seguimiento a la parte constructiva, pero no son solo esos aspectos, hay un tema de equipamiento, esa fase tiene su propia dinámica y una lógica de proyecto.

Interviene el Director Fallas Camacho y señala que hoy hace ocho días no logró participar en la sesión. Este tema tiene seis años de haberse declarado como tema prioritario en la Caja, igual que el Expediente Digital Único en Salud EDUS. Pareciera que es como una especie de nota adicional importante, que se le pone a los proyectos cuando se tiene la preocupación. No conoce si el proyecto de cáncer o infraestructura o el equipo del Hospital San Juan de Dios, en algún momento lo había visto esta Junta Directiva, pero “a priori” considera que es necesario. Desea que sea sustentado, porque no se puede estar fortaleciendo infraestructura y equipo, sino se tiene el por qué, dado que técnicamente a efecto de que los recursos financieros sean invertidos donde se requiere. Por ejemplo, será que el Hospital de Cartago necesita un centro especializado y no en el Área Metropolitana y si con fortalecer el Hospital México será suficiente. Le parece que esas inquietudes hay que responderlas de conveniencia financiera, principalmente, para los pacientes. Se siguen trasladando pacientes desde la Cruz, Guanacaste o desde San Vito, entre otros, para darle al paciente el tratamiento. Estima que esos aspectos deben ser analizados también, porque involucra el tema del cáncer. Por otro lado, hay que determinar cuánto se ha avanzado, en las acciones del diagnóstico oportuno del cáncer, es un aspecto que más le preocupa, porque es continuar aplicándole a los pacientes quimioterapia y radioterapia, pero no conoce si se logrará sostener en el tiempo. Esa preocupación que forma parte del elemento que se tiene que analizar, con el nuevo planteamiento de los EBAIS, para que ahí se inicien las

acciones pertinentes, porque no se logrará atender las necesidades de los pacientes, dado que las proyecciones son 10.000 casos anuales y se continuará con corriente, porque no se puede hacer resolver cómo realizar un diagnóstico más oportuno. Estaría de acuerdo en que cuando se presente el tema a la Junta Directiva, sea aprobado pero sustentando. Recuerda que el doctor Sáenz, en el pasado ha presentado las estadísticas por tipo de cáncer y la incidencia. Cuántos de esos casos corresponden ser atendido en el Hospital San Juan de Dios, cuántos son del Hospital México y de dónde proceden los pacientes; le parece que esos aspectos deben ser considerados en algún momento, para tener esa idea. Desdichadamente, aunque no se declare prioridad todos los padecimientos que existen tiene esa connotación, por ejemplo, hay un padecimiento que produce un elevado costo y no se ha considerado, es la intoxicación por plomo, porque hay muchas personas que son trasladadas a los hospitales todas las días, lo cual está demandando una gran cantidad de recursos que hay que destinar para atenderlos. Significa que aunque se tengan prioridades, se tiene que seguir dándole sustento al día a día, a las otras enfermedades como la diabetes y todas las enfermedades crónicas. Insiste en que hay que el tema debe ser presentado lo antes posible, pero sustentado de manera que se pueda tomar una decisión y que Auditoría, no indique dónde está el anteproyecto y el proyecto, con todos sus detalles porque atrasaría un poco más el proyecto.

La Directora Soto Hernández indica que como insumo al Proyecto de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, menciona que la abordó un Miembro de la Junta de Salud del Hospital San Juan de Dios, don Edwin Sequeira Rodríguez y le comentó que cuentan con el presupuesto y el terreno.

El Director Gutiérrez Jiménez suscribe lo mencionado por doña Marielos Alfaro, le parece que existen dos causas de muerte en el país y, esa, ha sido su posición hace muchos años. Por ejemplo, con la enfermedad de cáncer, los casos se van a duplicar al año 2025 y, en algún momento, dado que se está señalando como prioridad, le parece que se tiene que ser subsecuentes con ese acuerdo del Órgano Colegiado. Cuando la señora Presidenta Ejecutiva indica que considerará el Proyecto, le produce satisfacción, pero no es solo implementar el Proyecto, sino llevar el control. En ese sentido, considera que se deben realizar las modificaciones administrativas, que no permiten que los proyectos se concreten. Por ejemplo, cuando el doctor Sáenz menciona que el Proyecto se trasladó para la Gerencia de Infraestructura, no es un avance significativo, porque los procesos se diluyen en el quehacer diario. Llama la atención en que si se quiere dar prioridad a estos temas y se quiere producir impacto en los pacientes que sufren la enfermedad del cáncer y evitar, eventualmente, personas que fallecen por esa enfermedad, porque bien lo indicó el doctor Fallas Camacho, en todas las patologías existe la posibilidad de muerte, pero si se están priorizando hay dos enfermedades, que deberían de preocupar en sumo grado, estas patologías cuentan con los recursos financieros para tratar de solucionar el problema. Con todo respecto, solicita a la Presidenta Ejecutiva como administración, le indique a la Junta Directiva, cuál es la estructura administrativa que le va a dar seguimiento a los proyectos del doctor Sáenz y sus tareas, de tal manera que una compra de broncoscopio no tarde dos años.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que el tiempo que tarda el proceso de una compra, por ejemplo, dos años es por razones internas.

Al respecto, indica el licenciado Gutiérrez Jiménez que la información que ha tenido, en relación con esa compra, es en el sentido de que se ha recibido para análisis en Oficinas Centrales y ha sido devuelta para revisión en varias ocasiones. Entonces, es fácil, eventualmente, detener los procesos solicitando requisitos y nuevas informaciones, a indicarles que sean proactivos en los procesos. Considera que se debe determinar cómo se soluciona aspectos de esa naturaleza, siempre con lo que en derecho corresponda, porque no está pretendiendo, de ninguna manera, que se evada algún procedimiento. La experiencia en esta Institución le ha enseñado, que a veces se bloquean y suma la inercia normal de la burocracia, esa inactividad, por lo que cuando el doctor Sáenz indica que el Proyecto se trasladó a la Gerencia de Infraestructura, pareciera ser un paso adelante y no, necesariamente, lo es. Sugiere a la señora Presidente Ejecutiva que indique cómo se va a articular los procesos, porque corresponde al control, cada cuánto va se va a presentar un informe a la Junta Directiva y por último, quienes van a ser los responsables de dar el seguimiento y lo señala, claramente, conocer quiénes van a ser los responsables para el día de mañana, imputar las responsabilidades del caso.

El Director Barrantes Muñoz propone para el acuerdo que se considere lo siguiente, porque le parece que es importante y el informe ha sido muy amplio, es evidente, que se han realizado muchas acciones, hay planes que se están ejecutando pero le gustaría conocer, dado que al tema se le impregnó un carácter de alta prioridad y en mucho, compartiendo las preocupaciones que han externado los señores Directores de este Órgano Colegiado, cuáles son los factores críticos que han impedido u obstaculizado un mayor avance del Proyecto, por cuanto ayudaría a contrastar las observaciones, a las cuales se ha hecho referencia, con los elementos que quien esté involucrado en el tema, debe conocerlos muy bien. Desearía tener conocimiento de ello por parte del doctor Sáenz y de la doctora Villalta como Gerente Médico, un poco para adaptar todos los elementos de modo que, efectivamente, los resultados se puedan alcanzar en el tiempo deseado o esperado.

En respuesta a la consulta del licenciado Barrantes Muñoz, menciona como reflexión el doctor Luis Bernardo Sáenz que es un aspecto complejo, porque es el proceso de toma de decisiones, dado que el asunto no es indicar que se va a hacer en un proyecto y mañana, dada inicio el proceso de construcción. Por cuando el proceso de toma de decisiones previo a indicar, por ejemplo, que se promueve el concurso o se publica el cartel a licitación, ese proceso involucra una gran cantidad de actores, empezando en la Gerencia Médica, porque tiene que solicitar lo que se necesita y la Gerencia de Infraestructura, ejecuta lo que le ha solicitado. Entonces, ese tipo de coordinación, incluso, dentro de la Gerencia Médica, porque son una Unidad de Proyecto que poseen proyectos, ideas, está compuesta por siete personas, la capacidad que tienen de realizar estudios, como ilustración, estudios de preinversión no existen. Se le tiene que solicitar colaboración a otras unidades para realizar estudios de esa naturaleza, o hacer estudios, incluso, que son insumos de ese estudio de preinversión, como el estudio de oferta y demanda que son el primer paso, como lo indicó el doctor Fallas Camacho, que es lo que se necesita y por qué. La Unidad encargada de esos estudios, es la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, indican que están saturados de estudios, y aunque el tema del cáncer sea prioridad institucional, tienen que atender otros temas y proyectos y a veces es incómodo preguntar qué es lo que sucede; aun así, se produce cierta presión para poder concluir los asuntos. En ese aspecto se invierte tiempo en ese proceso y una vez que está listo ese estudio de oferta y demanda, se envía, usualmente, a la Gerencia de Infraestructura, en donde también compite con otros proyectos y, originalmente, a la DAPE que es la Dirección de Proyectos Especiales que coordina la Arq. González, una vez que

terminan con las cantidades de requisitos, porque tienen un esquema que cumplir y es complejo. Entonces, ese esquema se sigue y cuando termina, se traslada a la otra unidad que es la DAI, es la encargada de diseñar el proyecto. En este caso, lo que se ha hecho es un proyecto llave en mano, porque de lo contrario, sería otro problema. El primer punto es la dificultad de los procesos que hay que desarrollar, la competencia con otras prioridades que hay que, perfectamente, se entiende y hay que aceptarlas porque como proyectos, siempre su prioridad es el tema del cáncer y a veces no es suficiente. Desde el punto de vista de la administración habitual, hay una serie de asuntos colaterales que son muy difíciles. Cada semana hay que llenar una matriz distinta de planificación, del avance y eso consume tiempo y recursos y se pregunta cuál es el valor agregado.

Abona la doctora Villalta Bonilla que estos proyectos de demanda y oferta, son los proyectos grandes como Radioterapia del Hospital México que se concretó. El Proyecto de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios está en el proceso de estudio de demanda y oferta, es cuando hay construcción, el Spect CT está terminando. Sin embargo, algunos equipos a los que se refiere don Adolfo Gutiérrez, se han estado analizando con la doctora Sáenz, para determinar la posibilidad de cómo se agilizan, porque ingresan en la estructura de compras institucionales y, entonces, ahí sería el compromiso de buscar una opción porque son equipos de Laparoscopia, Broncoscopia, Colposcopia, de Arcos en C, entre otros, que son de baja y mediana complejidad y deben ser incluidos dentro de equipamiento institucional y, generalmente, en esos procesos se sufren atrasos. Se ha buscado opciones de unidades de compra; inclusive, el doctor Sáenz ha comprado con otros hospitales, porque las necesidades a veces surgen de los hospitales hacia la Gerencia Médica y se le comunica al doctor Sáenz. Le preocupa porque en ese sentido, se está sintiendo que se producen atrasos y se ha analizado con la Presidencia Ejecutiva, para determinar de qué forma se agilizan los procesos de compras. La Gerencia Médica puede buscar alguna propuesta; inclusive, había coordinado con la Gerencia de Logística para que realicen las compras de mediana y baja complejidad, los Arcos en C, los Laparoscopios, los Broncoscopios y las máquinas de anestesia, porque compiten con equipo de alta complejidad y, entonces, es donde se producen los atrasos.

Al respecto, refiere la doctora Sáenz Madrigal que todos los procesos están planificados con los recursos humanos, pero como lo indicó el doctor Sáenz, es el momento de hacer el estudio y ahí se encuentran dificultades. Le indica a don Rolando Barrantes que tenía unas propuestas de acuerdo y le gustaría escuchar para completar la presentación del doctor Sáenz.

El Director Barrantes Muñoz señala que tiene una propuesta de acuerdo muy básica, en términos de que se dé por recibido el informe, pero considera que se deberían agregar algunos elementos tales como: 2) instruir a la Gerencia Médica para que se concluya, debidamente, con la atención de las disposiciones de la Contraloría General de la República contenidas en el DFOE-SO-IF-01-2011 (todavía están pendientes y que no se pueden dejar de lado, es un informe del Órgano Contralor del año 2011). 3) instruir a la Gerencia Médica y a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que, con carácter de alta prioridad, brinden el seguimiento que garantice el cumplimiento del cronograma del Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016, el cumplimiento de las metas incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, relacionadas con la Detección Temprana y Control y Rehabilitación de las Personas con Cáncer; indica que estos elementos los está tomando del mismo documento. 4) Instruir a la Gerencia Médica y a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para que vigilen que los recursos provenientes de las

Leyes Nº 9028 y Nº 8718 se apliquen, estrictamente, para los fines indicados en dicha legislación.
5) Instruir a la Gerencia Médica para que le dé seguimiento y atención a las recomendaciones contenidas en los oficios que mencionó el señor Auditor, Nº ASS-126-2013 relacionados con el Área, ya que fueron mencionados, le parece importante que la Junta Directiva, solicite que esas recomendaciones sean debidamente atendidas, porque se han enterado hoy de que hay un conjunto de recomendaciones que se deberían incorporar. Le parece que esos elementos deberían estar contemplados en el acuerdo.

La doctora Sáenz Madrigal indica que se puede incluir como acuerdo.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-4913-2015, fechado 29 de abril del año en curso que firma la señora Gerente Médico y, en adelante se transcribe, en lo pertinente:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica, según lo establecido por la Junta Directiva en el artículo 60° de la sesión Nº 8522 celebrada el 4 de agosto de 2011¹, en relación con la presentación de los informes por parte del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, se dispuso que cada cuatro meses se elaborara un reporte sobre los avances en la implementación del Plan de Acción del Proyecto y sobre los avances en la implementación de las acciones relacionadas con la declaratoria de la atención al cáncer como de interés y prioridad institucional.

Posteriormente, la Junta Directiva mediante el artículo 21° de la sesión Nº8640, acordó en lo que interesa:

“(…)Que la Gerencia Médica, mediante los informes periódicos elaborados cada cuatro meses, del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red, indique el avance de la implementación, seguimiento y evaluación del Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016, específicamente en lo que respecta a las disposiciones contenidas en el DFOE-SOC-IF-01-2011.”

Con el fin de cumplir con lo establecido en dicho acuerdo, ésta Gerencia se permite presentar el informe elaborado por el Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado, Coordinador del Proyecto en mención, informe que recopila lo actuado entre diciembre 2014 al 31 de marzo 2015, en cuanto a la implementación de los proyectos y hasta el mes de marzo 2015 lo que corresponde al cierre de origen y aplicación de fondos. [\(Informe adjunto\)](#)”

habiéndose realizado la presentación pertinente, por parte del doctor Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director Proyecto de fortalecimiento de la atención del cáncer en la Caja Costarricense de Seguro Social, *en cuanto al Informe de actividades de la Unidad Ejecutora del Proyecto de*

¹ Modifica los acuerdos adoptados en el artículo 9° de la sesión 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009 en la que se declara al cáncer como de interés y prioridad institucional y el artículo 3° de la sesión Nº 8353 del 04 de junio del año 2009 en la que se aprueba al Plan de Acción del Proyecto.

Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-4913-2015 y, por ende, dar por atendido el artículo 21° de la sesión N° 8640.
- 2) Instruir a la Gerencia Médica para que se concluya, debidamente, con la atención de las disposiciones de la Contraloría General de la República contenidas en el DFOE-SO-IF-01-2011.
- 3) Instruir a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías para que, con carácter de alta prioridad, den el seguimiento que garantice el cumplimiento del cronograma del Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016, así como al cumplimiento de las metas incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, relacionadas con la detección temprana y control y rehabilitación de las personas con cáncer.
- 4) Instruir a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, para que vigilen que los recursos provenientes de las Leyes números 9028 y 8718 se apliquen, estrictamente, para los fines indicados en dicha legislación.
- 5) Instruir a la Gerencia Médica para que le dé seguimiento y atención, conforme en derecho corresponda, a las recomendaciones contenidas en los informes mencionados por el señor Auditor, entre ellos, el N° ASS-126-2013 relacionados con el tema en consideración.

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

La doctora Villalta Bonilla, el doctor Sáenz Delgado y la licenciada Coto Jiménez se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 7°

En relación con la reflexión hecha en esta fecha por el Director Gutiérrez Jiménez (artículo 3° de esta sesión), el Director Fallas Camacho señala que comparte la preocupación que han tenido siempre y es constante en los sistemas de salud, sobre el sostenimiento del sistema porque ese es un equilibrio que hay que mantenerlo. Le parece que de vez en cuando hay que volver a recordar como un tema de preocupación constante en el sistema de la Caja. Aprendió de don Adolfo Gutiérrez que lo que se indica queda en actas, por esa razón señala que valió la pena hacer una diferenciación entre el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) y el Seguro de Salud porque hoy está claro. Después cita algunos comentarios, en términos de que, eventualmente, se tomaron fondos del superávit del Seguro de Enfermedad y ese no puede tener superávit, porque se debe gastar habitualmente. Conoce que se tiene que tener reservas técnicas y que se hace de un año para el otro, por el problema de la mecánica de la creación de fondos. Tiene conocimiento de que se tiene que tener una reserva para la primer quincena del mes de enero, pero no se atrevería a indicar que se tiene un superávit, sino reservas técnicas de las cuales, se tuvieron que tomar si estaban destinadas a otros fines, porque de lo contrario, tendría un

problema de tipo legal. Menciona que no le satisface la palabra pérdidas operativas, porque el Seguro de Salud no es un comercio, no conoce si lo está interpretando de una manera equivocada. Un déficit en la ejecución, por ejemplo, para indicarlo en términos que no los confundan con este tipo de aspectos. En función de que esto sea indicado en la Junta Directiva y ha quedado grabado y que, además, don Adolfo Gutiérrez entregó una copia de ese documento, debe reconocer que está faltando a la norma que se había establecido, en términos de no hacer comentarios sobre las reflexiones, pero considera que en este caso, tiene que hacer esa reflexión por lo que siente que el tema involucra. No conoce si se tomó algún acuerdo o se hizo alguna referencia del asunto, pero le produciría satisfacción que fuera analizado, por los funcionarios Gerenciales y se considere lo que don Adolfo está indicando y lo aporten dentro de sus elementos de pensamiento, en el momento de firmar en lo que corresponde al presupuesto pero que además, quiere conocer sus planteamientos sobre asuntos de esta naturaleza, porque el tema les está causando una gran preocupación. Le gustaría que les dieran una respuesta en relación con el asunto y no queden temas sin integrar. En lo personal, le parece que quedaría para una interpretación no muy decorosa, para salvar un poco la responsabilidad que se podría tener. Aclara que hace este comentario porque fue convocado a la Asamblea Legislativa a declarar.

El Director Gutiérrez Jiménez aclara que sus comentarios estuvieron dirigidos en algunos otros aspectos. Hizo referencia a que se han tomado intereses, en un momento determinado del Régimen de Pensiones y no ha estado de acuerdo; además, conoce que tampoco lo han estado algunos Miembros de la Junta Directiva. También indicó que muchas de esas preocupaciones, han sido no solo de este Órgano Colegiado sino de algunos otros Directores y han venido sosteniendo los mismos temas. Muy bien lo recogió doña Rocío y don Rolando en su momento. Como lo indicó anteriormente, comparte una frustración por un lado, porque las situaciones se siguen dando y no hay acciones concretas y ni propuestas, las cuales le parece que deben provenir de la administración, como lo ha indicado en múltiples ocasiones pero que, además, estima que es una manera de compartir, de insistir y de reflexionar sobre aspectos. Señala que si existe alguna duda sobre los aspectos que están contenidos en el documento, que la Auditoría tome nota de los datos y que los corrobore, porque no tiene ninguna otra intención, que hacer una reflexión, que les permita tratar de lograr que las acciones que son impostergables se tomen. Sugiere a los señores Directores que es sano y debido a que don Oscar Fallas, tiene esa preocupación que se le envíe la nota también al Auditor, para que exprese su reacción. Repite, que no tuvo la intención más que hacer esa reflexión, entre los Miembros de Junta Directiva, pero si existe alguna duda, sobre algún fraseo que señaló, sería muy interesante que el señor Auditor lo corrobore, porque los datos que ha estudiado se denominan pérdidas operativas y las pérdidas operativas no, necesariamente, son pérdidas en el tiempo, sino que se recuperan en un momento dado. Indicar que existe una pérdida operativa, no es una falta grave, hay meses en los que se producen y, luego, por ingreso se recuperan. Enfatiza en que esos datos son objetivos, es información que entiende que está respaldada. Repite le parece que es muy oportuno que el señor Auditor los corrobore y rinda un informe. No tendría ningún problema de que si algún dato, porque la fuente está equivocada se puede corregir, pero sino las corroboran, en buena hora se puede reaccionar también para buscar las acciones, que les permitan corregirlo como corresponde.

Pregunta la Directora Alfaro Murillo que el pensamiento de don Oscar Fallas es fuera de actas.

Al respecto, señala la doctora Sáenz Madrigal que está constando en el acta.

La ingeniera Alfaro Murillo manifiesta su desacuerdo, porque la reflexión de cada uno es una reflexión personal. Le parece que si cada Director comienza a dar datos, se podría generar algún problema. Si se toma un acuerdo, adelanta que lo votaría en contra, porque la reflexión es una acción particular, en que un Director puede indicar lo que quiere, es su espacio, es una reflexión, no quiere profundizar sobre lo que indica un Miembro de la Junta Directiva, en su presentación porque como Directora del Órgano Colegiado, recibe información objetiva de las respectivas Gerencias y cuerpos técnicos de esta Institución, de modo que cuando quiere una discusión o una revisión de la Auditoría, sobre esa información se la pide pero sobre lo que se emite ahí. Una opinión de un Director en una reflexión matinal, no quiere ninguna opinión. Repite, si se hace formal, votará en contra y solicita que esto conste en actas.

Sobre el particular, la señora Presidenta Ejecutiva indica que en la mañana cuando se realizó la presentación de don Adolfo Gutiérrez, se le solicitó a las Gerencias que analizaran esos aspectos, porque el tema quedó constando en actas y el documento es público y el documento, aunque si bien hay una reflexión, hay información y apreciaciones de un Director de esta Junta Directiva. El asunto es que la reflexión no se hizo fuera de actas, entonces desde esa perspectiva se determina una situación complicada. Cuando se hizo la reflexión don Oscar Fallas no estaba y lo que leyó, fue el documento que se le entregó a cada uno de los Miembros de la Junta Directiva, por esa razón fue su planteamiento, a la hora del almuerzo porque sintió que era pertinente manifestarlo.

La ingeniera Alfaro Murillo señala que por ese motivo que está indicando la Presidenta Ejecutiva, no pediría profundizar el tema, porque es un criterio de un Director.

El Director Gutiérrez Jiménez le llama la atención la posición de doña Marielos Alfaro pero, positivamente, porque realmente lo que está plasmado es lo que se ha discutido y, además, que algún Director indique sino ha mantenido esa posición, porque no es la primera vez que lo indica, dado que en varias oportunidades ha mantenido que el Régimen de Salud es insostenible.

El Director Camacho Fallas indica que respeta la opinión de cada uno de los Directores de la Junta Directiva. Este es un tema de fondo, no es significativo como se ha planteado. Como Miembros del Órgano Colegiado, si Director plantea un asunto o cualquier otro a futuro, se puede solicitar que se analice para que se tomen decisiones. No se puede dejar pasar el tema porque se reflexionó y, después, el lector bien o mal intencionado, no lo ubica en el contexto. Le parece que si no es un acuerdo, está de acuerdo, pero quiere que los grupos de la admiración, le entreguen una sustentación sobre temas de esa naturaleza. Que aclaren porque en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, no se tiene la autorización de que se tenga un superávit, los ingresos que recibe la Institución, deben ser invertidos. Conoce que el tema tiene un alto grado de dificultad por la mecánica de gestión, pero indicarlo y sostenerlo, como un elemento no está bien. Reitera, que el Régimen de Salud no tiene por qué tener superávit, se tienen reservas técnicas para los aspectos previsión, pero indicarlo públicamente no está de acuerdo. Sin duda alguna, don Adolfo menciona algunos temas que se han estado discutiendo aquí sobre el Modelo, por ejemplo, hoy se analizó el problema del cáncer, en términos de que no se han ejecutado los fondos, por lo cual todos los Directores tiene preocupación, pero ese aspecto no está incrementando el gasto y lo va a incrementar, entonces, cómo se maneja el tema si se está manifestando la preocupación con el déficit de financiero institucional. No le parece que se haga referencia de un déficit, cuando se ha indicado que es irreuperable. Hay déficit en los que ha

insistido porque siguen apareciendo ahí, si no son cobrables porque las empresas desaparecieron y tienen una deuda por el seguro de los trabajadores, además, existe la morosidad de los asegurados voluntarios, entre otros. Ese es un tema que se ha analizado y entendido.

La señora Presidenta Ejecutiva le indica a don Oscar Fallas, que se había tomado ese acuerdo de previo y doña Marielos no estaba.

Se toma nota.

Ingresa al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; las doctoras Anabelle María Somarribas Meza, Asesora, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica, y la doctora Viviana Aragón Gómez, funcionaria de la Gerencia Médica, en el área de Epidemiología.

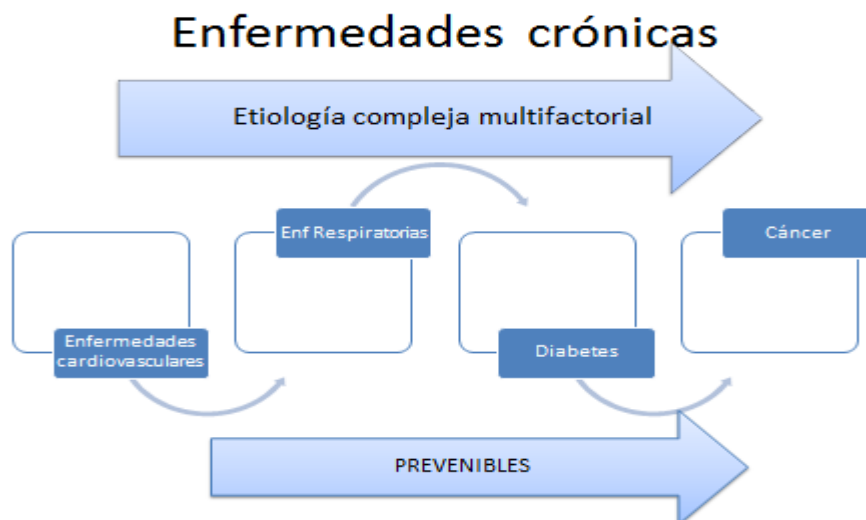
ARTICULO 8°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-4896-2015, de fecha 29 de abril del año 2015, suscrito por la Gerente Médico, que contiene la propuesta de “Estrategias para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la CCSS”.

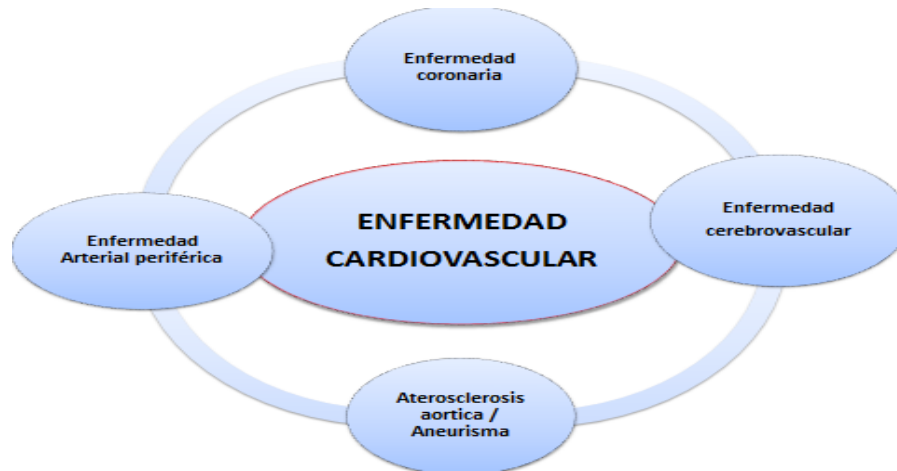
La presentación está a cargo de la doctora Somarribas Meza, con base en las láminas que se especifican a continuación:

- i) Estrategias para el abordaje de la patología cardiovascular Gerencia Médica 2015.

- ii)

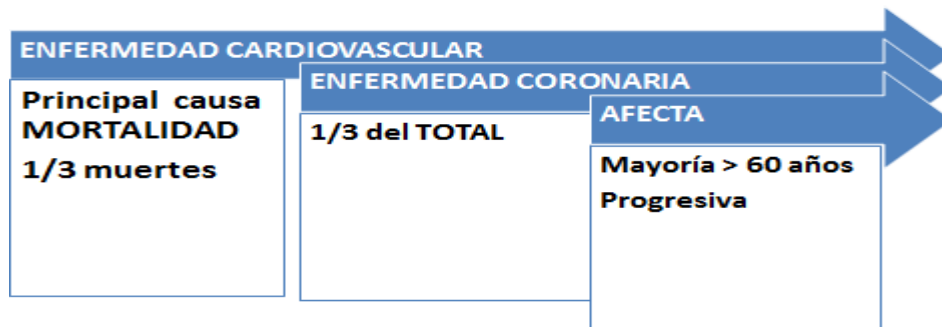


iii)



iv)

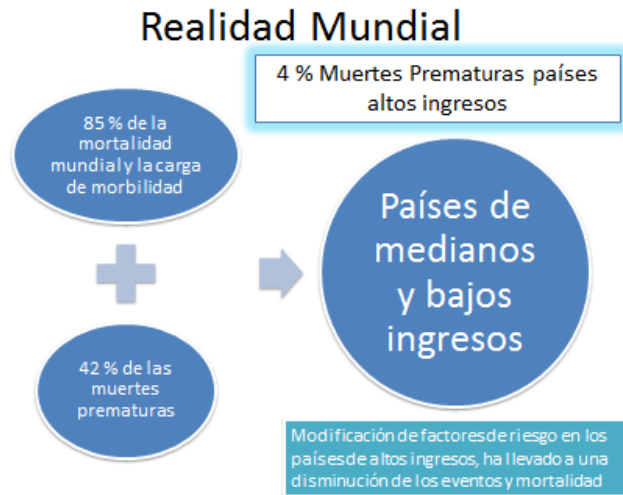
A nivel Mundial



v)



- vi) Factores riesgo no modificable, Costa Rica.
- vii)



- viii) Costa Rica
Las enfermedades cardiovasculares representan la primer causa de muerte en Costa Rica desde el año 1970.

2014. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) ocurrieron 3009 muertes por enfermedad isquémica del corazón, 14.5 % del total de muertes.

- ix) Estadísticas en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- x)

Cuadro 1
Egresos hospitalarios por año según diagnóstico principal por capítulos. C.C.S.S., 2005-2014

Capítulo	Año									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	337.072	326.284	329.333	330.380	333.966	329.348	330.707	341.008	343.093	340.078
Embarazo parto y puerperio	93.413	93.268	95.080	96.640	96.688	91.785	94.490	93.401	89.028	89.765
Enfermedades digestivo	35.035	34.137	33.978	33.673	34.832	34.065	34.195	36.026	37.412	34.715
Traumatismos.	22.210	22.372	22.348	23.371	23.544	22.792	22.911	22.943	23.283	23.983
Enferm genitourinario	24.056	23.604	22.311	22.253	23.106	23.940	23.774	24.895	23.868	23.476
Enferm sistema circulatorio	18.712	18.263	18.304	19.394	20.502	19.792	20.198	20.938	21.192	22.854
Tumores	17.236	17.039	16.738	16.987	17.896	17.996	18.656	20.416	20.701	21.625
Enferm respiratorio	21.953	21.367	21.106	21.366	19.892	21.469	19.482	20.986	21.737	21.049
Factores que influyen en el	19.120	17.971	16.981	17.883	17.677	18.585	18.523	20.129	21.414	21.020
Enfermedades del ojo	13.790	13.639	14.486	15.124	16.914	15.486	15.763	17.321	17.538	19.418
Afecciones en el periodo perinatal	11.216	10.783	11.559	11.883	11.886	11.543	11.815	12.012	12.421	13.554
Otras	60.331	54.141	56.644	51.786	51.029	51.896	50.900	51.941	54.499	48.619

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud. 2015

Los años 2008 y 2014 son los que presentan las tasas de crecimiento más altas, en el año 2008 los egresos por enfermedades cardiovasculares crecieron en un 6%, mientras que en el año 2014 la tasa de crecimiento fue de **7,8%**.

xi)

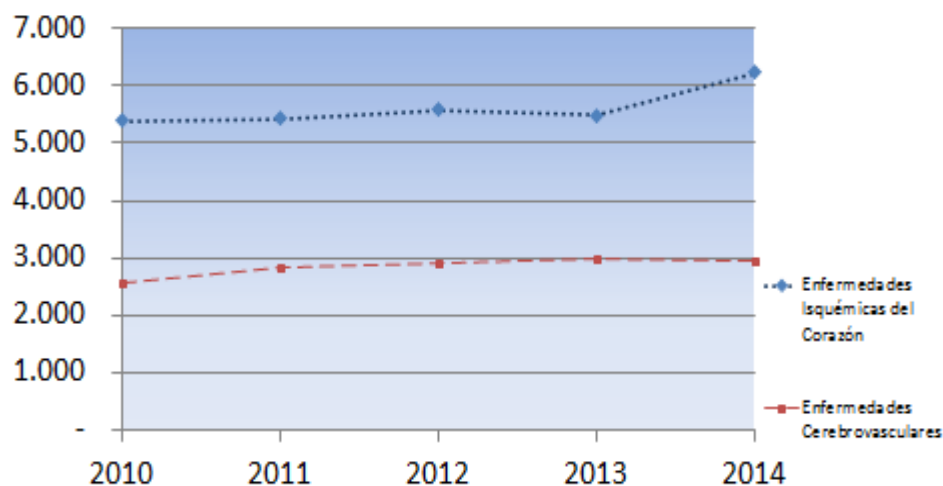
Egresos Totales y por Enfermedad del Sistema Circulatorio en Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, no incluye Enfermedad Reumática
2010-2014

Diagnóstico principal	EGRESOS POR AÑO				
	2010	2011	2012	2013	2014
Total	329,349	330,707	341,008	343,093	340,078
Enfermedades del sistema circulatorio	19,792	20,198	20,938	21,192	22,854
Porcentaje de egresos	6.01	6.11	6.14	6.18	6.72
Enfermedades Hipertensivas	3,833	3,866	3,778	3,383	3,670
Enfermedades Isquémicas del Corazón	5,396	5,425	5,578	5,488	6,235
Enfermedad Cardiopulmonar y la Circulación	251	303	333	379	375
Otras Formas de Enfermedad del Corazón	1,907	1,922	1,930	2,144	2,541
Enfermedades Cerebrovasculares *	2,565	2,847	2,920	2,981	2,943
Enfermedades de las Arterias	1,132	1,220	1,127	1,100	1,070
Enfermedades Venas y Glanglios Linfát	4,427	4,342	4,999	5,427	5,747
Trast no Especificados Sistema Circulatorio	33	61	53	59	33

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

xii)

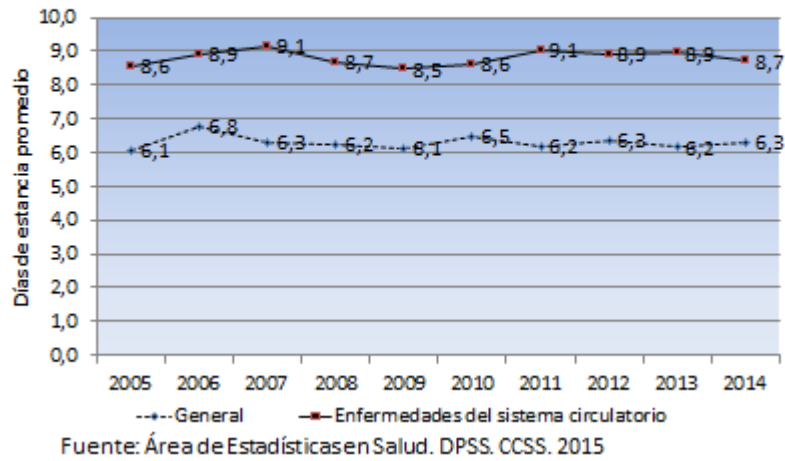
Egresos hospitalarios por Enfermedades Isquémicas del Corazón y Enfermedades Cardiovasculares. Hospitales Caja Costarricense de Seguro Social
2010-2014



Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

xiii)

Estancia promedio general y de los egresos debidos a enfermedades del sistema circulatorio. C.C.S.S. 2005-2014



xiv)

Egresos por Enfermedades del Sistema Circulatorio según tipo de Hospital. CCSS. 2005-2014

Centro	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hosp. Nacionales	40.93	40.63	42.09	44.98	47.69	45.27	43.65	44.59	47.64	48.14
Hosp. Regionales	36.35	36.54	34.80	33.04	31.33	34.04	36.02	36.45	34.82	35.29
Otros hospitales	22.72	22.83	23.10	21.98	20.98	20.70	20.33	18.96	17.54	16.57

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

xv)

Mortalidad según egreso y causa de egreso de principales Enfermedades del Sistema Circulatorio, hospitales Caja Costarricense de Seguro Social 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Egresos totales	329,349.00	330,707.00	341,008.00	343,093.00	340,078.00
Egresos Sistema Circulatorio	19,792	20,198	20,938	21,192	22,854
Enf. Isquémicas del Corazón	5,396	5,425	5,578	5,488	6,235
Enf. Cerebrovasculares	2,565	2,847	2,920	2,981	2,943
Defunciones totales	7,320.00	7,231.00	7,238.00	7,567.00	7,648.00
% Mortalidad general	2.22	2.19	2.12	2.21	2.25
Defunciones sist circulatorio	1,808	1,828	1,827	1,878	1,839
% mortalidad / HOSPITALARIA	24.70	25.28	25.24	24.82	24.05

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

xvi)

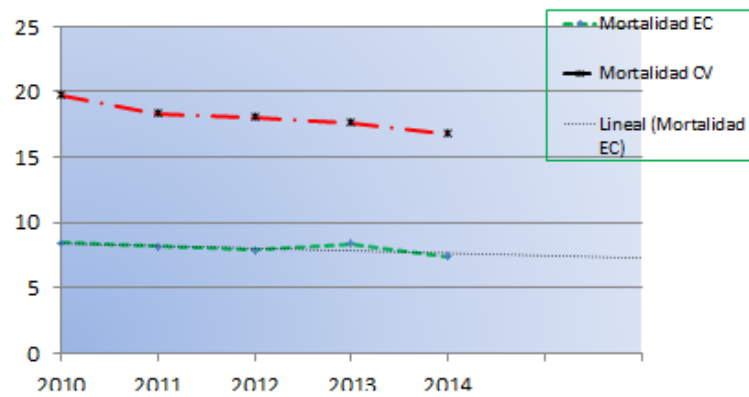
Mortalidad según egreso y causa de egreso de principales Enfermedades del Sistema Circulatorio, hospitales Caja Costarricense de Seguro Social 2010-2014

CAUSA	2010	2011	2012	2013	2014
% Mortalidad enfermedad Isquémica /egresos por enfermedad isquémica	8.40	8.11	7.83	8.38	7.46
% Mortalidad Enf Cerebrovascular/ egresos por Enf Cerebrovascular	19.73	18.30	18.01	17.65	16.79

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

xvii)

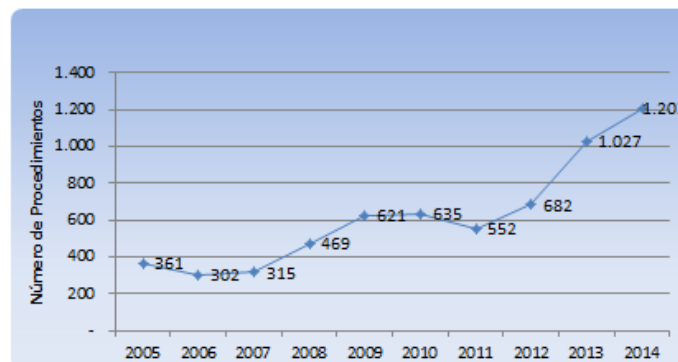
Porcentaje de mortalidad en Enfermedad Coronaria y Enfermedad Cardiovascular en relación a egresos hospitalarios por esas patologías. C.C.S.S. 2010-2014



xviii) Procedimientos.

xix)

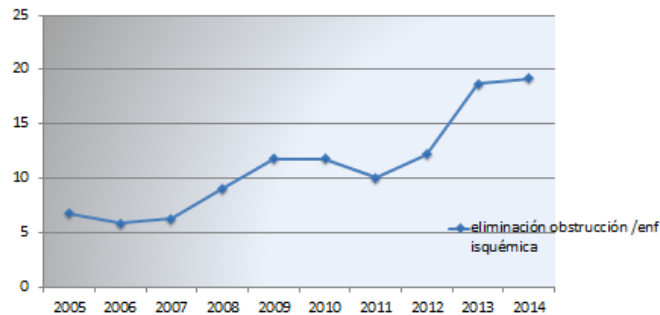
Procedimientos sobre "Eliminación de obstrucción de arteria coronaria". C.C.S.S. 2005-2014



Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

xx)

Relación de procedimientos eliminación de obstrucción vs egresos por enfermedad isquémica



xxi) Acciones realizadas.

Abordaje de Patología Cardiovascular.

xxii)



ABORDAJE DE ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR



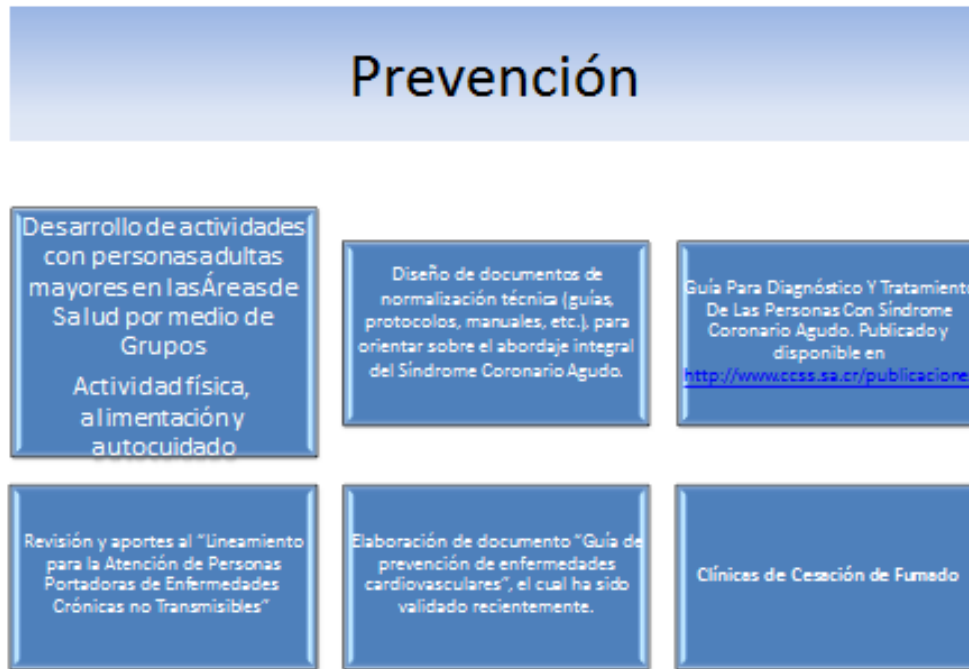
Caja Costarricense de Seguro Social 2015

22

xxiii)



xxiv)



xxv) Inversión
Diagnóstico y Tratamiento.

xxvi)

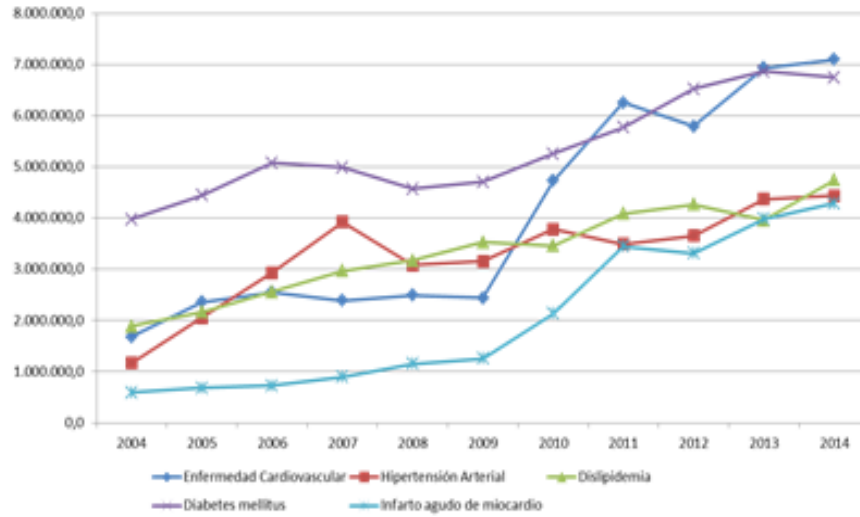
Gasto de medicamentos relacionados con enfermedad cardiovascular. CCSS 2004-2014
(Datos en Dólares)

Año	Enfermedad Cardiovascular	Hipertensión Arterial	Dislipidemia	Diabetes mellitus	Infarto agudo de miocardio	Total General
2004	1,678,101.1	1,164,731.6	1,887,957.0	3,975,357.8	589,078.7	9,295,226.2
2005	2,355,397.3	2,050,475.6	2,161,481.5	4,444,940.4	684,152.2	11,696,447.0
2006	2,553,619.8	2,931,672.3	2,555,950.9	5,081,196.9	723,635.5	13,846,075.4
2007	2,384,405.1	3,924,496.6	2,966,307.3	4,989,502.4	896,688.8	15,161,400.2
2008	2,494,199.3	3,079,305.7	3,169,908.0	4,571,287.2	1,153,478.3	14,468,178.5
2009	2,441,314.1	3,154,432.7	3,528,718.2	4,706,198.8	1,254,732.5	15,085,396.3
2010	4,724,644.2	3,783,543.8	3,463,078.2	5,254,912.6	2,136,836.1	19,363,014.9
2011	6,254,394.8	3,492,592.1	4,089,257.7	5,768,889.0	3,447,859.0	23,052,992.6
2012	5,795,684.8	3,650,987.4	4,262,828.5	6,524,878.9	3,309,226.8	23,543,606.4
2013	6,934,780.4	4,373,170.7	3,958,409.8	6,862,710.8	3,984,879.6	26,113,951.3
2014	7,095,590.3	4,439,818.4	4,742,132.3	6,747,046.4	4,290,478.5	27,315,065.9

Fuente: Dirección de Farmacoepidemiología, CCSS, 2014

xxvii)

Gasto de medicamentos relacionados con enfermedad cardiovascular. CCSS 2004-2014
(Datos en dólares)



Fuente: Dirección de Farmacoepidemiología. CCSS. 2014

xxviii)

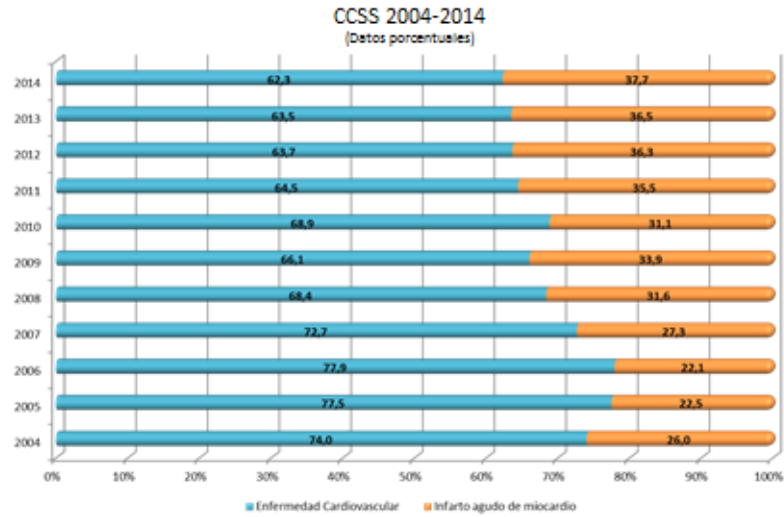
Comparativo del gasto de medicamentos relacionados con enfermedad cardiovascular e infartos agudos al miocardio. CCSS 2004-2014
(Datos en dólares)

Año	Enfermedad Cardiovascular	% del total Cardiovascular	Infarto agudo de miocardio	% del total Cardiovascular	Total Cardiovascular
2004	1,678,101.1	74.0	589,078.7	26.0	2,267,179.8
2005	2,355,397.3	77.5	684,152.2	22.5	3,039,549.5
2006	2,553,619.8	77.9	723,635.5	22.1	3,277,255.3
2007	2,384,405.1	72.7	896,688.8	27.3	3,281,093.9
2008	2,494,199.3	68.4	1,153,478.3	31.6	3,647,677.6
2009	2,441,314.1	66.1	1,254,732.5	33.9	3,696,046.6
2010	4,724,644.2	68.9	2,136,836.1	31.1	6,861,480.3
2011	6,254,394.8	64.5	3,447,859.0	35.5	9,702,253.8
2012	5,795,684.8	63.7	3,309,226.8	36.3	9,104,911.6
2013	6,934,780.4	63.5	3,984,879.6	36.5	10,919,660.0
2014	7,095,590.3	62.3	4,290,478.5	37.7	11,386,068.8

Fuente: Gerencia Médica.

xxix)

Comparativo del gasto de medicamentos relacionados con enfermedad cardiovascular.



Fuente: Dirección de Farmacoepidemiología, CCSS, 2014

xxx)

Comparativo del crecimiento del gasto de medicamentos relacionados con enfermedad cardiovascular e infartos agudos al miocardio. CCSS 2004-2014

(Datos en dólares)

Año	Enfermedad Cardiovascular	Crecimiento %	Infarto agudo de miocardio	% del total Cardiovascular
2004	1,678,101.1		589,078.7	
2005	2,355,397.3	40.4	684,152.2	16.1
2006	2,553,619.8	8.4	723,635.5	5.8
2007	2,384,405.1	-6.6	896,688.8	23.9
2008	2,494,199.3	4.6	1,153,478.3	28.6
2009	2,441,314.1	-2.1	1,254,732.5	8.8
2010	4,724,644.2	93.5	2,136,836.1	70.3
2011	6,254,394.8	32.4	3,447,859.0	61.4
2012	5,795,684.8	-7.3	3,309,226.8	-4.0
2013	6,934,780.4	19.7	3,984,879.6	20.4
2014	7,095,590.3	2.3	4,290,478.5	7.7

Fuente: Gerencia Médica.

xxxi)

Aspectos relacionados a la atención de enfermedades cardiovasculares.

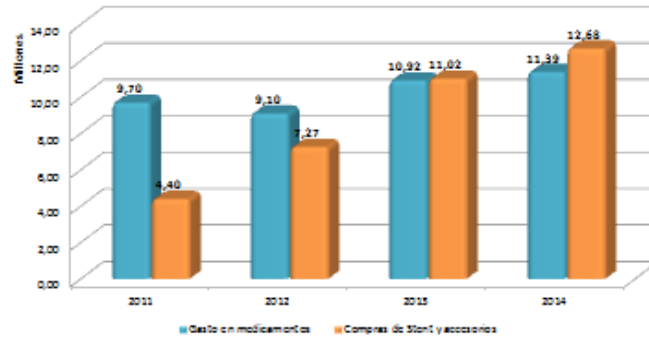
CCSS 2011-2014
(Datos en dólares)

Año	Gasto en medicamentos	Compras de Stent y accesorios	Total
2011	9,702,253.8	4,399,422.0	14.101.675,80
2012	9,104,911.6	7,265,876.2	16.370.787,80
2013	10,919,660.0	11,022,544.9	21.942.204,90
2014	11,386,068.8	12,677,194.2	24.063.263,00
Total	41,112,894.2	35,365,037.4	76.477.931,50

Fuente: Gerencia Médica.

xxxii)

Aspectos relacionados a la atención de enfermedades cardiovasculares.
CCSS 2011-2014
(Datos en millones de dólares)



Fuente: Gerencia Médica

xxxiii)

Comparativo del gasto en construcción, equipamiento y angiógrafos por Hospital Nacional. CCSS 2014
(Datos en dólares)

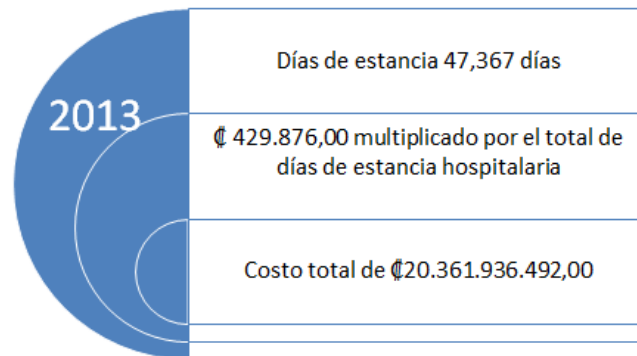
Hospital	Construcción	Equipamiento	Angiógrafo
México	595.000,00	142.076,00	949.300,00
San Juan de Dios	694.000,00	269.542,00	990.000,00
Dr. Calderón Guardia*	887.000,00	426.528,34	1.235.000,00
Total	2.176.000,00	838.146,34	3.174.300,00
Total General	6.188.446,34		

Fuente: Gerencia Médica

* Hospital Calderón Guardia: montos presupuestados de inversión

xxxiv)

Costo aproximado de estancia por patología relacionada con enfermedad coronaria



xxxv)

Aspectos relacionados a la atención de enfermedades cardiovasculares.
CCSS 2011-2014
(Datos en dólares)

Año	Gasto en medicamentos	Compras de Stent y accesorios	Gasto en Formación ^{1/} (inicio de la formación)	Gasto en Angiógrafos	Total
2011	9.702.253,80	4.399.422,00	106.488,90		14.208.164,70
2012	9.104.911,80	7.265.876,20			16.370.788,00
2013	10.919.660,00	11.022.544,90	8.181,00	1760075*	23.710.460,90
2014	11.386.068,80	12.677.194,20	122.050,00	3.174.300,00	27.359.613,00
Total	41.112.894,40	35.365.037,30	236.719,90	4.934.375,00	81.649.026,60

Fuente: Gerencia Médica -
^{1/} Se toma en cuenta como fecha de referencia, el inicio de la formación. Cabe destacar que el gasto total del periodo 2010-2014 fue de \$616.777,5.
* Corresponde a Sala Híbrida
Nota: No se incluye gastos en otros procedimientos propios de las patologías como lo son BIC, BSC, entre otros.

A la Directora Soto Hernández le parece interesante esta información, porque de alguna manera la determina, ligada a la campaña que en este momento tiene en los medios la Dirección de Comunicación Organizacional y estima que es excelente.

La ingeniera Alfaro Murillo comenta que está impresionada como afectan los factores psicosociales. En el programa de prevención cardiaca del Hospital San Vicente de Paul, se atiende de manera integral lo correspondiente al tema de prevención, pero muchas personas que están ahí lo que necesitan, es un estímulo o tratamiento a sus sentimientos depresivos o con problemas familiares. Le parece que con un programa dirigido en ese sentido, las personas, eventualmente, van modificando su actitud y de un pronto a otro, los parámetros mejoran, entonces, disminuye el colesterol. En tiende que aunado a ello se debe incrementar la cultura de que la persona se ejercite, también interviene la Nutricionista, el Endocrinólogo, pero la actitud de las personas, es un factor determinante en el tema y sobre esa base, muchas personas han mejorado sin necesidad de mayor tratamiento con medicamentos. Le parece que es lo que mejor funciona y de un menor costo y considera que programas de esa naturaleza son muy exitosos.

Señala la Ing. Alfaro Murillo que se está haciendo referencia a enfermedades isquémicas y cerebrovascular, pero en ese caso de que el tema se extienda a otro análisis, pregunta cómo se están tratando esos eventos y, ahí, se puede analizar el tema que conversó con la Dra. Sáenz, en términos de la aplicación del medicamento. Pregunta si para atender esas enfermedades solo lo hacen tres hospitales en el país, dado que tienen el equipo de Hemodinamia y cuáles especialistas atienden estos pacientes.

Responde la doctora Somarribas que los encargados del proceso son hemodinamistas y cardiólogos intervencionistas y los derrames cerebrales son atendidos por los neurocirujanos.

Continúa la ingeniera Alfaro Murillo y manifiesta su preocupación, porque el medicamento que se puede aplicar y está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) desde hace veinte años, en Costa Rica solamente se aplica en el Hospital Calderón Guardia. Entonces, cuando se analiza la información y se pregunta cuáles son los factores de riesgo y como se han logrado disminuir. Cree que cabe lo que en una oportunidad uno de los especialistas

le indicó, en el sentido de que si había algo que pedirle a “Dios” en este país, era que no le diera un derrame, porque si está lejos del Hospital Calderón Guardia, no hay medicamento en el resto del país, a pesar de que el Hospital San Juan de Dios y el Hospital de Heredia, tienen los equipos para poder aplicar este medicamento, pero no está autorizado porque la Comisión de Farmacoterapia no lo ha aprobado. Entonces, ese es un tema que lo deja planteado, en función a este asunto porque quiere entender, por qué solamente puede usar 250 dosis el Hospital Calderón Guardia y si las personas sufren un evento de esa naturaleza, por ejemplo, en Guanacaste, están en una condición de desventaja, como también en la zona sur, porque ese medicamento hay que aplicarlo en los primeros cuarenta y cinco minutos o una hora, después de que sucede el derrame. Enfatiza en que no solo para que la persona no muera, sino para que no queden con secuelas que, luego, el costo para la Institución es más elevado, por la atención que se le debe continuar prestando al paciente. Solicita que doña Rocío y la Gerente Médico agenden este tema con la Comisión de Farmacoterapia. Reitera su preocupación, porque haya resistencia en los centros, aplicar un medicamento que está aprobado y que se tenga una población en riesgo, con el argumento de que el costo de cada dosis es de alrededor de ochocientos dólares, para ella no es argumento, porque el costo de una noche de cama en un hospital es de alrededor de mil dólares. Por lo tanto, si se aplica ese medicamento, se reduce el internamiento de los pacientes en los hospitales, lo cual justifica la compra del producto. Ese evento se relaciona con el tema de enfermedades del sistema circulatorio, por esa razón, no es hoy el día, pero ese tema no se puede ignorar. Reitera que solicita que el tema sea, próximamente, agendado.

Al respecto, la señora Presidenta Ejecutiva indica que con mucho gusto se agendará el tema, porque es un asunto de mucha importancia, dado que lleva implícita una decisión sobre el Centro de Neurociencias. De manera que se tomará nota para agendar el tema.

Respecto de una pregunta del Director Loría Chaves tendiente a conocer, si cuando se hace referencia del procedimiento de obstrucción de la eliminación de la arteria coronaria, se está señalado la implantación de un Stent y no del procedimiento de un cateterismo, responde la doctora Somarribas que el Stent, se introduce un catéter a través de una de las arterias grandes y se llega hasta la arteria coronaria y se libera con un Stent, que es un resorte que la dilata.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que este dato viene de una clasificación de egreso hospitalario que es por procedimiento. Cuando la persona ha ingresado por procedimiento programado para la dilatación de la arteria no, necesariamente, es el paciente que ingresó por cateterismo y en el cateterismo se le implantó el Stent.

Respecto de una pregunta del Director Alvarado Rivera, tendiente a conocer si en los tres Hospitales se realizan procesos de esa naturaleza, responde la doctora Somarribas que sí.

Señala el licenciado Alvarado Rivera que es importante esa aclaración de donde se están haciendo los procedimientos, para que se tenga conocimiento de que se realizan en los tres hospitales más especializados y, además, tienen la concentración de los procedimientos. Sería interesante, eventualmente, desagregarlos para determinar cuál es la atención por hospital.

El Director Loría Chaves indica que se conoce que las enfermedades cardiovasculares, son la primera causa de muerte en el país, pregunta si se está incrementando la incidencia.

Responde la doctora Somarribas que han aumentado, aunque no exponencialmente.

Respecto de una inquietud del señor Loría Chaves, señala la doctora Sáenz Madrigal que la incidencia aumenta, dado que la edad es un factor de riesgo en sí mismo y destaca, que cada vez se está teniendo más enfermedad cardiovascular en personas jóvenes.

Al respecto, indica don José Luis Loría que esa información es significativa, porque apunta que la Institución, cada vez tiene más demanda y, eventualmente, no podría atenderla.

El Director Gutiérrez Jiménez acota que le gustaría tener la información de la compra de Stents y los accesorios, desde el año 2006 al 2014 y pregunta por qué se está indicando el dato del año 2011.

Responde al doctora Villalta Bonilla y señala que son los datos que han recopilado de los hospitales, algunos no tienen la información, pero se localizará.

Continúa el licenciado Gutiérrez Jiménez y señala que le parece importante, porque si en unos datos se está incorporando información del año 2006 o antes del año 2014, sería deseable mantener el mismo rango de años.

Sobre el particular, señala la doctora Sáenz Madrigal que esa información hay que revisarla, pero casi tiene seguridad de esa información, anteriormente, se manejaba un poco distinto y fue a partir del año 2011, que se planteó un control sobre el uso de los Stents.

Comenta don Adolfo Gutiérrez que con ese dato de la incrementación en la compra de Stent, se determina que la Junta Directiva ha hecho un esfuerzo muy importante. Con las condiciones actuales que se está recibiendo de información, evidentemente, siempre va a existir una mayor necesidad de recursos, pero es importante y le preocupa que no se tenga la información desde antes, porque si se analiza la información desde el año 2006 a la fecha, va a ser más marcada la diferencia, porque son esfuerzos que ha realizado la Caja para atender enfermedades de esa naturaleza.

La presentación está a cargo de la doctora Villalta Bonilla, con base en las láminas que se especifican a continuación:

xxxvi)



xxxvii) Propuestas.

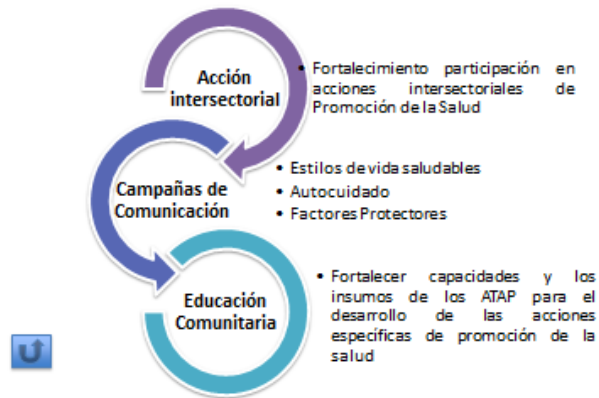
xxxviii)

Corto Plazo



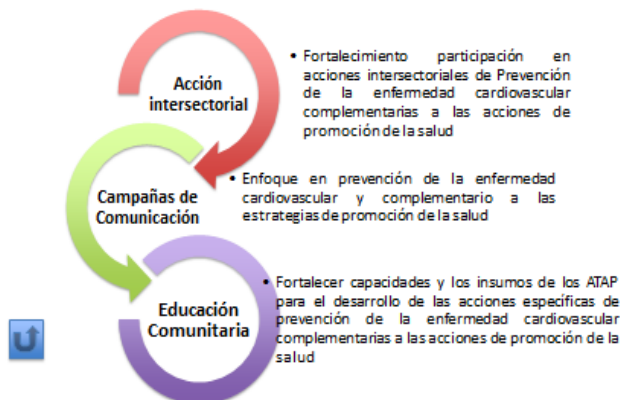
xxxix)

Promoción de la Salud



xl)

Prevención de la Enfermedad



xli)

Primer Nivel



xlii)

Segundo y Tercer Nivel



xliii) Equipamiento Básico Servicio Cardiología

- Prueba de Esfuerzo.
- Ecocardiograma.
- Holter.
- Electrocardiograma de doce canales con sistema de autointerpretación y posibilidad de envío con un marcapaso transcutáneo.
- Área de Hospitalización: Central de monitoreo.

xliv)

Segundo y Tercer Nivel



- xlv) Plazas adicionales para formación 2016
- Cardiología: 7.
 - Medicina Interna: 6.
 - Medicina Crítica y Terapia Intensiva: 4.
 - Cirugía de Tórax y Cardiovascular: 2.
 - Medicina de Emergencias: 2.
 - Medicina Física y Rehabilitación: 4.
 - Medicina extracorpórea: 2.
 - Medicina Familiar y Comunitaria: 3.

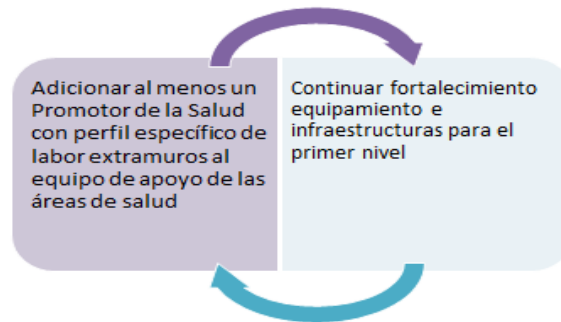
xlvi)

Segundo y Tercer Nivel



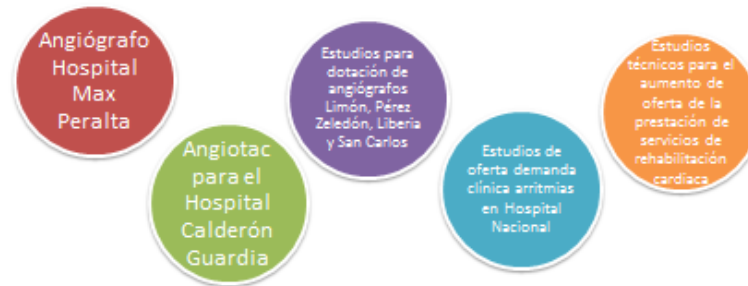
xlvi)

Mediano Plazo I Nivel



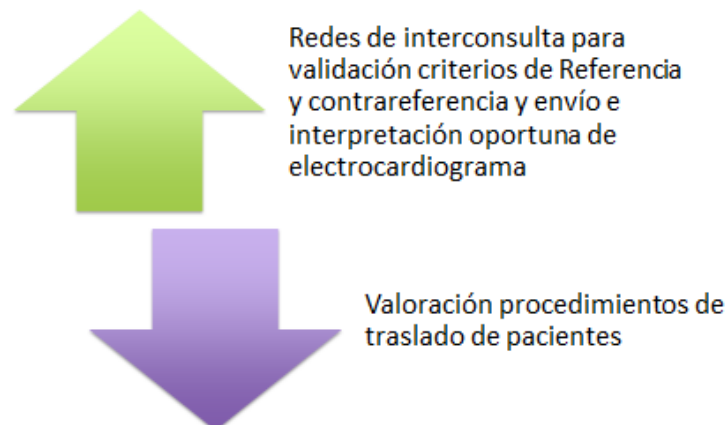
xlvi)

Mediano Plazo II y III Nivel



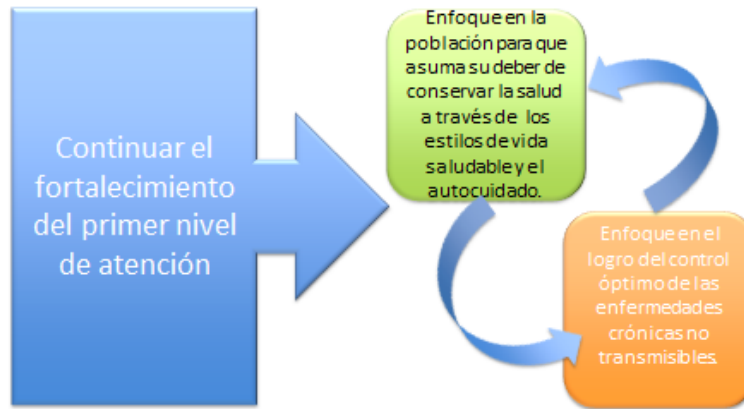
xlix)

Mediano Plazo Interniveles



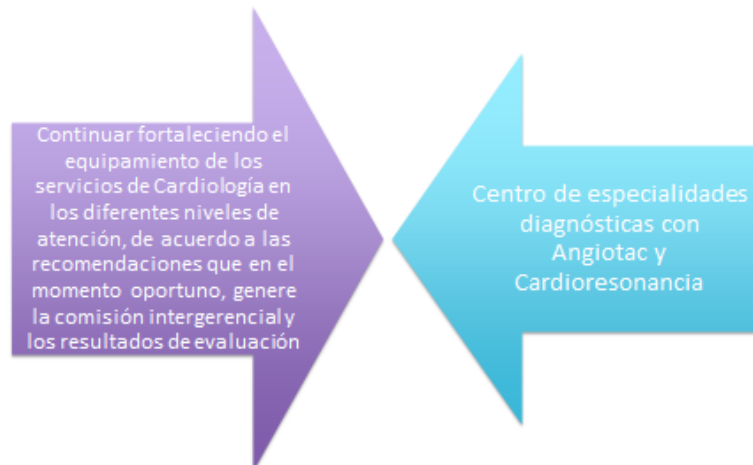
l)

Largo plazo I Nivel



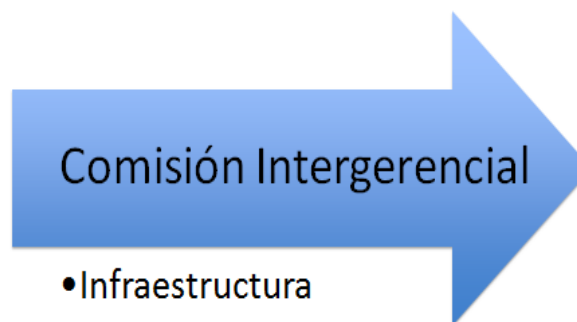
li)

Largo plazo



lii)

Ejes transversales



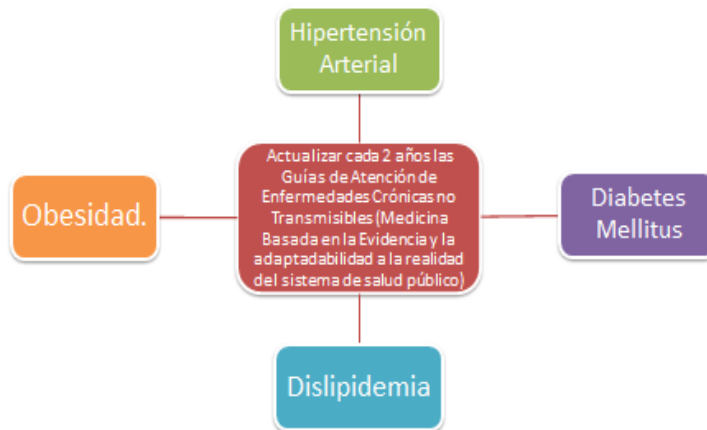
lii)

Ejes transversales



liv)

Ejes transversales



A propósito, el Director Devandas Brenes señala que en otras oportunidades ha planteado la conveniencia de que se invite a los Jefes de Fracción de la Asamblea Legislativa a una reunión, así como a magistrados. Le parece que en este momento, sería un valor estratégico hacer el esfuerzo para que conozcan temas de esa naturaleza. Indica que es una respetuosa sugerencia a la Presidencia Ejecutiva.

Al respecto, la doctora Sáenz Madrigal indica que la sugerencia le parece muy bien y oportuna. Tomará nota e, inclusive, se puede hacer una ronda de visitas de personas y a diferentes grupos de interés, ya sea a la Asamblea Legislativa, a la Defensoría de los Habitantes, a la Contraloría General de la República, a las Cámaras a la parte empresarial y a los Sindicatos, es decir, a los grupos sociales.

Comenta el doctor Devandas Brenes que cuando ha mencionado la situación de los pacientes hemofílicos, produce impacto en las personas y no lo asimilan.

Ante una inquietud del Dr. Devandas Brenes, señala la doctora Sáenz Madrigal, que esa meta está incluida en el Plan Nacional de Desarrollo, como una política de promoción de la salud. Hay acciones del Ministerio de Salud, del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), de Acueductos y Alcantarillados (A y A) y de las Municipalidades.

Ante una inquietud, señala la doctora Villalta que el problema es que se le está dejando un gran peso y responsabilidad a la Caja y una sola Institución, no puede asumir el compromiso de la problemática del país y de todas las Instituciones. Le parece que la Institución debe ser más agresiva con las campañas de comunicación, se debe tratar de llegar a la población, para que modifique los estilos de vida saludables, el autocuidado y para promover los factores protectores. Además, la educación comunitaria tendiente a fortalecer las capacidades y los insumos de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAPs), para el desarrollo de las acciones específicas en promoción de la salud.

Recuerda el Director Loría Chaves que en COOPECAJA, justamente, la descripción que hizo el Gerente Financiero hace dos semanas, fue en el sentido de es que las Cooperativas, tienen fondos que son del Comité de Educación y son para bienestar social y para educación. Solo COOPECAJA tiene más de cuatrocientos millones de colones, porque es un fondo de Ley. El planteó que no se logran beneficios con dar a los asociados salud financiera, sino se le da salud física y parte del Comité de Educación y Bienestar Social de COOPECAJA y de todas las Cooperativas que inviertan en Estilos de Vida Saludables. Esos programas se están incluyendo en COOPECAJA, pero si las Asociaciones Solidaristas, las Cooperativas y todas organizaciones sociales que tienen recursos, mercadean a las empresas como una parte de la responsabilidad social empresarial esos programas, sería muy importante porque urge que se tomen algunas acciones, en el sentido de involucrar a todos los actores sociales y, además, valorar un poco el tema de los incentivos, porque se les deberían ofrecer incentivos de esa naturaleza a los asegurados.

El Director Devandas Brenes indica que dentro de esa campaña de prevención y promoción se debe incluir al Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), en el aspecto del trabajo comunal, incluso, a nivel de escuelas, impulsar el aspecto culinario, por ejemplo, si las personas aprenden a cocinar saludable, a bajo costo y el valor de la comida familiar. Le parece que ese es un esfuerzo que hay que hacer en el país; incluso, había pensado que hasta se debería incluir las lecciones de gastronomía obligatorias en secundaria, para que los hombres y las mujeres aprendan a cocinar, porque todo el esfuerzo energético de un país, se invierte en la alimentación y si ahí, se produce un mal uso en esos recursos, o si se tiene estilos alimenticios inconvenientes, todo el esfuerzo nacional se está derrochando.

La Directora Soto Hernández comenta que don Luis Peraza comentó, que el Dr. Sáenz Delgado estaba destinando recursos financieros para establecer unos gimnasios en los Hospitales.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que es parte de las Clínicas de Cesación del Fumado.

Añade la doctora Villalta Bonilla que forman parte de las estrategias que se están desarrollando.

El Director Loría Chaves señala que se tiene como Junta Directiva se tiene que tener claro y se debería reconfirmar, si la implementación del Proyecto está dirigida a darle énfasis a la prevención o está dirigida a resolver el tema de la curación en el siguiente sentido. Le parece que si se destinarán fondos para la prevención, se debería definir la relación presupuestaria, en términos de cuánto se va a fijar a cada parte. Por otra parte, le parece que se tienen que involucrar otras instituciones, por ejemplo, el Ministerio de Transportes, porque en San José no tienen ciclo vías que son un aspecto fundamental, para que las personas se transporten en bicicleta y puedan hacer ejercicio.

La Directora Alfaro Murillo manifiesta que del estudio que presentó la Gerente Médico y como se ha indicado, contiene información muy valiosa para tomar decisiones. Como ilustración, en el cuadro N°5, en el que se muestra la información de los egresos por hospital de la enfermedad del Sistema Circulatorio, el cual se divide por sexo y por año, le parece que uno de los datos más didácticos, es que la tasa de crecimiento anual del total de los egresos por los hospitales del conjunto es de 2% anual; sin embargo, hay hospitales que disminuyeron los egresos, supone que fue porque se concentró la atención en otros, no porque bajó la población en general, puesto que aumenta en promedio un 2%. Por otra parte, le produce satisfacción porque en el Cuadro N° 5, se indica que el Hospital San Vicente de Paul, a diferencia de todos los demás hospitales que crecieron un 2%, un 3% o, inclusive, algunos decrecieron, es el único Hospital que aumenta su tasa de egresos en una cifra significativa, en relación con el conjunto de centros hospitalarios, con un incremento del 8.62% anual, cuando el promedio de los centros hospitalarios es de un 2.02% anual.

En cuanto a una inquietud, la doctora Sáenz Madrigal señala que la necesidad de personal técnico, es realmente una de las brechas que más se está identificando para aumentar la capacidad resolutive y no solo la del tercer nivel, sino del primero, segundo y del tercer nivel. Destaca que en el segundo y en el tercer nivel, la disponibilidad de técnicos, por ejemplo, es como los técnicos de Radiología, si no se tienen no se logra avanzar con los servicios.

En relación con una consulta del Director Devandas Brenes, anota la Gerente Médico que la necesidad de técnicos en Hemodinamia, se identificó para aumentar los servicios y al final de la presentación, se plantea la propuesta para los ocho hospitales nacionales. Además, se habilitará el servicio en el Hospital de Heredia y en otros lugares.

En cuanto a una consulta del señor Loría Chaves sobre los especialistas en nutrición, indica la doctora Villalta Bonilla, que la formación de nutricionistas se dejó planteada en el largo plazo. Se tienen 53 Especialistas en Nutrición y hacen falta alrededor de 70, para complementar el Primer Nivel de Atención.

En relación con una inquietud del Dr. Fallas Camacho, respecto del Angiotac señala la doctora Villalta que la compra de esos equipos está programada a mediano plazo y todos los centros tienen que tener los estudios realizados. Por ejemplo, el Hospital de Heredia tiene realizado el estudio. Lo que se ha indicado es que se requiere 120 minutos para que el paciente sea atendido, después de sufrir un evento agudo de miocardio o un infarto. Como ilustración, se le debería dotar de un Angiotac a los Hospitales de Pérez Zeledón, de Limón, de Liberia o de San Carlos, de lo contrario se tiene que comprar un helicóptero, que logre trasladar el paciente en 120 minutos, porque ese es el criterio de expertos, en términos de que el paciente debe estar en el hospital, dos

horas después de haber sufrido el evento, para que se le realice una en ese tiempo. La propuesta es que se realicen las valoraciones técnicas o ubicar angiógrafos en esos hospitales que son de difícil accesibilidad, o se compra una ambulancia aérea para poder trasladarlos en el menor tiempo posible el paciente.

La doctora Sáenz Madrigal indica que no son excluyentes, se está valorando esa posibilidad.

Sobre las Clínicas de Arritmias indica la doctora Villalta Bonilla, que hay que definir un hospital nacional donde se establezca la Clínica de Arritmia. Dado que son escasos los médicos especialistas, entonces, hay que identificar donde se habilita, tiene que tener una sala, hay que dotarla de un angiógrafo, es un equipo de un costo muy elevado y en un solo lugar. Por otro lado, se debe realizar un estudio, en el mediano y largo plazo, porque se tienen que hacer los estudios de demanda-oferta para la Clínica de Arritmias, dado que si se tienen patología de pacientes, hay que atenderlos. Algunos hospitales cuando eran desconcentrados, pagaron algunos lugares privados porque no tenían especialistas. Ahora, los especialistas se formaron y solo necesitan atender los pacientes.

El Director Rivera Alvarado manifiesta su preocupación, respecto del tema de la construcción de las Clínicas o Centros Especializados, porque lo que se fomenta es generar la concentración de la atención en un punto y se tienen que trasladar los pacientes, de todas partes del país hacia ese punto. Era una situación parecida a lo del Hospital del Cáncer, porque se tiene un padecimiento generalizado de la población que se agudiza y se concentra la atención en un lugar, por lo que se empieza a generar un problema de logística, de traslados y de concentración muy complejo. No está convencido de estar apoyando la construcción de Centros Especializados en el Centro de San José, porque además el Área Metropolitana está colapsada, en el tema de la viabilidad y de la movilidad de los pacientes, así como la premura de la movilización. Otro problema que como lo indicó la doctora Villalta, que se tendrían que tener helipuertos en todos los Centros Médicos, para poder evitar el congestionamiento vial y hacer un excelente traslado de los pacientes. No conoce si el enfoque debería ser más, trasladar los Centros Especializados a Unidades Especializadas en los Centros Hospitalarios, que les permita tener una atención más rápida y más in situ de pacientes.

La doctora Sáenz Madrigal concuerda con lo señalado por el Director Alvarado Rivera, porque ayer estuvieron analizando ese tema, en términos de qué es un Centro Nacional, que es la especialización, cuál es la ventaja que tienen, si es que al principio se hace un Centro Nacional, porque no se tenían los recursos y había que concentrar y después desconcentrar, si son figuras que son transitorias mientras que se desarrolla la capacidad nacional, o si son centros de excelencia, donde va a promover la investigación y otro tipo de actividades. Esos aspectos se estuvieron analizando con la doctora Villalta Bonilla y se van a presentar a la Junta Directiva, algunos puntos para que sean discutidos y tomar una decisión. Considera que en este caso, el término de Centro de Arritmias no se determine como un centro único, sino que el tema de las arritmias es uno de los problemas que hay que atender a nivel nacional, en el cual no se tiene suficiente capacidad de resolución, pero la demanda está, no conoce si es como la tercera parte, o es la otra tercera parte de las enfermedades cardiovasculares, porque por la enfermedad de la arritmias, existe una preocupación manifiesta por todos los niveles de atención. Dado que existe la necesidad de vigilar y de hacer una atención más específica a ese tema, entonces, cuando se analice el tema del citado Centro, no se debe tomar como que es una sola instancia, sino como la

necesidad de focalizar la atención en ese Centro y cuando se tenga concluido el estudio, definir cuál es la mejor opción.

Respecto del comentario realizado por el Director Fallas Camacho, indica la doctora Villalta Bonilla, que para atender esa enfermedad, solo se tiene un medio tiempo en el Hospital Calderón Guardia, porque se tiene el equipamiento, en ese sentido, existe gran limitante. Acaba de ingresar al Hospital el otro especialista, la idea es hacer los estudios para ver determinar cuál es la demanda, porque cuando se tenían especialistas en el Hospital San Juan de Dios y se trasladaron a laborar en la empresa privada y, ahora, que próximamente se incorporarán más especialistas se va a completar el equipo, de manera que se puede tomar una decisión, valorar la demanda y es de alta especialización, porque son procedimientos altamente complejos. Los estudios técnicos para el aumento de la oferta de la prestación en rehabilitación, porque hay que reforzar mucho la parte de rehabilitación y ese centro tendrían que estar funcionando en el mediano plazo, porque solo tres hospitales en el país lo tiene esa especialidad.

El Director Alvarado Rivera indica a la doctora Villalta, que dentro de esa visión de atención del cuidado y del autocuidado están los ATAPS (Asistentes Técnicos en Atención Primaria) y las personas que realizan la atención primaria en las zonas rurales, por lo que pregunta si hacen la toma de la presión y de algún otro tipo de control de vida saludable.

La doctora Villalta responde que mediante ese proceso se logra medir cuantos hipertensos y diabéticos se captan en el año y las estrategias que se hacen, porque el ATAP toma la presión en la casa y refiere al EBAIS los nuevos hipertensos, para que se controlen la hipertensión, por lo que se realizan evaluaciones. Entiende que algunas evaluaciones a veces son deficitarias, es decir, no se hace una buena toma de presión o el paciente, no tiene un control óptimo y es lo que se está indicando, en el sentido de que se tiene que capacitar tanto a los ATAPS, como al personal de salud, también en habilidades para cubrir más población y para que se mantenga la población con un control óptimo.

Señala el licenciado Alvarado Rivera que ayer estuvo en una discusión profunda, sobre la necesidad de dar las capacidades básicas a los ATAPs para la atención. Le preocupa lo que señaló la doctora Villalta respecto de una toma mal de la presión, que debería de ser un instrumento vital y fácil, para que se realice de manera correcta. Si se tienen ATAPs y los que visitan los lugares no tienen la capacidad para tomar la presión, es un pequeño detalle que produce impacto, en la captación del enfermo, previamente, para hacer una detección temprana de la enfermedad. A veces se piensa en aspectos muy macro para resolver y no se logra definir un detalle que podría generar un impacto significativo.

Comenta la doctora Villalta Bonilla que dentro de esos aspectos que se deben considerar, el otro día visitó a los funcionarios de la Caja que hacen la calibración de los esfigmomanómetros; es decir, que realmente no es solo tomar la presión, sino que el equipamiento que hay en cada EBAIS se tienen que estar calibrando.

Sobre el particular, el Dr. Fallas Camacho señala que no se trata solo de que las personas sepan tomar la presión, sino que hay que apoyar a estos funcionarios para que sean bien recibidos en las viviendas, cuando realizan la visita domiciliaria, porque no fácilmente los reciben en algunos lugares. Hay que indicarle a la comunidad que aprovechen esas visitas, porque son importantes

dado que detectan si algún signo no está bien, por ejemplo, cuando se toma la presión. Además, dan una serie de indicaciones para controlar el dengue, las dietas, las vacunas, son aspectos que siempre se puede mejorar. Respecto del Centro de Hemodinamia, le parece que con el tiempo, se tendrán resultados que producirán un impacto positivo en el largo plazo, para atacar las enfermedades del corazón.

Referente a las propuestas de acuerdo, pregunta el Director Gutiérrez a la doctora Villalta que cuando indica incrementar las plazas de formación, todavía no se está asumiendo el compromiso de la creación de las plazas.

Responde la doctora Villalta Bonilla que se asume el compromiso de que se tiene que presentar a consideración de la Junta Directiva, para su aprobación.

Sobre el particular, señala el licenciado Adolfo Gutiérrez que de alguna manera es como una aprobación de plazas, porque si se autoriza la formación de un profesional en una plaza, el próximo año se tendría que crear el código para la persona que se formó. Su preocupación en concreto es que se puede indicar, que se van a formar seis plazas, pero en el proceso no logran especializarse todas las personas, entonces, en última instancia se logran formar, por ejemplo, dos especialistas.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y aclara que la idea es que se presentó un plan integral, el cual incluye la formación, entonces, para avanzar en el tema de la formación se incrementan las plazas, pero si se da el visto bueno, se tiene que presentar a consideración de la Junta Directiva para su aprobación, si las plazas se requieren. Además, interpreta que don Adolfo piensa que si esas plazas son para un uso determinado, no se pueden utilizar en otra actividad.

Agrega don Adolfo Gutiérrez que se tiene que especificar que las plazas tienen un destino específico.

Respecto de la propuesta de acuerdo, la doctora Sáenz Madrigal le solicita a la doctora Villalta que habría que incluir un párrafo, en el que se indique que dada la Carga de la Enfermedad y la prioridad de su atención, como la primera causa de muerte; además, agregar el interés de esta Junta Directiva.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que no es que está mal redactado, sino que se indique que dadas las circunstancias y las situaciones actuales donde se indica “en aras de salvaguardar el derecho a la salud y a la vida se ha considerado mejor el abordaje”, sería más bien “continuar y fortalecer el mejoramiento”. Aclara que no se determine como una reacción a los últimos acontecimientos, porque no es cierto.

El Director Devandas Brenes indica que debería haber un cronograma para el momento en que se evalúa. Además, le llama la atención es que no están incluidos los costos y se regresa al tema que se ha planteado en otras oportunidades, en términos de que los proyectos deberían ser integrales. Por otra parte, pregunta qué sucede si surge un problema y se establece una discusión y no se aprobara esa modificación presupuestaria, quiere decir que cuando se tome una decisión debería ser integral.

Señala la doctora Sáenz Madrigal que don Mario es de la idea que cuando se aprueba el programa, se debería de aprobar el proyecto, pero aunque se presente y se apruebe, se tiene que presentar en una modificación presupuestaria, porque ese es el procedimiento institución que se tiene.

Continúa don Mario Devandas y señala que es la misma discusión que ha tenido, sobre cómo se elabora el presupuesto. Si se presenta la discusión de necesidades y la Junta Directiva aprueba determinadas necesidades con una cobertura global, esa es la discusión fundamental; después, la parte contable de cómo se elabora el presupuesto, ya le preocupa un poco; conoce que el presupuesto se presenta, pero la discusión que se realiza a nivel de las unidades, no se ha presentado, esa es su preocupación.

Don Adolfo Gutiérrez considera que don Mario Devandas tiene mucha razón, porque todos los proyectos que se han analizado, tienen tres aspectos básicos que es el planteamiento de como tal, en caso de plazas y la cuantificación. Le parece que se debe de tener el costo, porque si como Director pregunta su costo, más cuánto cuesta lo que se aprobó, se le suministra la suma total y por lo menos no la conoce, le parece que esa información es indispensable.

La doctora Sáenz Madrigal manifiesta que la doctora Villalta va a indicar esa información, pero el tema es que se están aprobando estrategias para el abordaje de la enfermedad, por esa razón, se tiene que presentar a la comisión y desarrollar el proyecto, para luego presentar a la Junta Directiva el contenido ya cuantificado. Lo que están aprobando es la estrategia que es una estrategia integral de prevención y promoción.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que más bien se debe presentar el desarrollo del plan y sean incluidos los indicadores con los criterios de evaluación, los objetivos y cómo van a ser evaluados esos criterios y en qué plazo, para poderle dar seguimiento. Debería ser un aspecto que es consustancial con todos los proyectos, tener los índices de evaluación para poder controlarlos en un plazo determinado.

El Director Barrantes Muñoz apunta que en la línea que expone don Adolfo, le parece que los cuatro meses de plazo, no sería mucho tiempo para lograr el propósito, porque si se están aprobando estrategias, lo que se tendrían que presentar son propuestas de proyectos. Entonces, lo que ha estado interpretando es que este plazo de los cuatro meses, es para presentar reportes periódicos, pero se está haciendo referencia de darle seguimiento a la concreción de este acuerdo, entonces, se debería definir el plazo.

La doctora Sáenz Madrigal sugiere que sea un plazo de dos meses.

El doctor Devandas Brenes indica que se incluyeron aspectos específicos y forman parte del proyecto.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que el tema es porque se trata de formación de recursos humanos.

Indica don Mario Devandas que la estrategia debió haber sido más sencilla, con un planteamiento general y una instrucción, porque no se está aprobando el proyecto.

Indica la doctora Sáenz Madrigal que el error es de ella y no de la Dra. Villalta, porque el asunto se tiene que presentar en el Sistema de Estudios de Posgrado y se tienen que estar haciendo los concursos para que las personas participen, se incluyó el tema de recursos humanos adicionales. Le parece que los tiempos académicos no son los de la Institución y como es para la formación para el año 2016, se incluyó de una vez, porque se tiene que hacer la convocatoria extraordinaria. Reitera, por esa razón se incluyó el tema de formación de recursos humanos.

El licenciado Gutiérrez Jiménez indica que en el momento de votar, se estaría aprobando la estrategia, según lo indicó la doctora Sáenz Madrigal. El Proyecto, su cuantificación, los detalles, las autorizaciones de las plazas, entre otros aspectos se tendrán que presentar para su aprobación a la Junta Directiva.

Respecto de una inquietud, señala la doctora Sáenz Madrigal que en la propuesta están incluidos varios proyectos, no es un proyecto. Recuerda que se hizo referencia de la prevención, de la promoción y de la atención y está el capítulo de recursos humanos. En ese capítulo de la formación de recursos humanos, se tiene una urgencia académica de informarle a la Universidad de Costa Rica, que en vez de dos postulantes para realizar la especialidad de medicina familiar, son dos más, tienen que conocer ese dato para que cuando publiquen el concurso, de modo que los estudiantes que apliquen, conozcan que no son doce estudiantes, sino que son catorce. Lo que se trató de incluir, fue que en el tema de la formación se aprobara de una vez el tema, para que la UCR, pueda concursar esos lugares, dado que la formación da inicio en el año 2016. Cualquier aspecto que se vaya a hacer está contenido en el proyecto, excepto, el tema de los recursos humanos.

Señala don Mario Devandas que en el futuro lo ideal es que los proyectos se presenten completos, entonces, la Junta Directiva se involucra con el proyecto y lo aprueba.

A lo señalado por don Mario señala la doctora Sáenz Madrigal, que se ha tratado de cumplir con esos aspectos en los otros proyectos, pero en el tema de recursos humanos, no depende de la Caja sino de la Universidad de Costa Rica.

Al respecto, indica don Mario que está bien, pero se está asumiendo el compromiso de pagar los salarios.

La doctora Sáenz Madrigal apunta que si es decisión de la Junta Directiva, no aprobar el proyecto, entonces no se aprueba.

La Directora Alfaro Murillo señala que el asunto es que se está discutiendo, el tema de la enfermedad que provoca la mayor cantidad de muertes en este país. Cree que los señores Directores tienen razón, en tanto que se compromete el presupuesto, se comprometen las plazas y le parece que en la elaboración del presupuesto para el año 2016, lo que habrá que hacer, para no continuar aumentándolo, será hacer los ajustes disminuyendo en otros rubros. Este mismo día se analizó el tema del cáncer, en el sentido de que el cáncer y la enfermedad cardiovascular, deben tener una prioridad y en el caso de cáncer está dada y en este que, evidentemente, los eventos que han acontecido, han mostrado que es necesario reforzarlo. La estrategia como bien indica el documento que les presenta la Gerencia Médica, hay un planteamiento que hace la doctora

Villalta para abordar la patología cardiovascular. Esa es la forma de abordar el tema integralmente, porque es un asunto muy complejo, no es sencillo. Evidentemente, en ese abordaje se va a requerir personas, infraestructura, equipo, porque es un tema, no solo complejo sino la primera causa de muerte en el país y, evidentemente, ese aspecto da una connotación particular. También como lo indica el título del oficio N° 4896 es una propuesta de estrategia para abordar la enfermedad cardiovascular en la Caja, lógicamente, es una estrategia que contiene todos los elementos desde el punto de vista descriptivo y falta el componente de presupuesto. Como Miembro de esta Junta Directiva lo que quiere hacer, por la importancia de este tema, es indicar que tiene todo su apoyo y lo que le gustaría que quede claro, es que se espera de la Gerencia Médica, el complemento con todo el tema presupuestario. Lo plantea de esa manera, porque hace unos minutos u horas, en esta sesión han estado analizando de que se toman acuerdos, pasan doce meses y no hay respuesta; en ese sentido cree que, normalmente, lo que ocurre es que entre la administración y parte de los requerimientos, que siempre establece cualquier Junta Directiva, posiblemente, los tiempos se extiendan en esta Institución. Entonces, por la prioridad del tema está de acuerdo y le parece que lo que se debe hacer es un listado, de los otros elementos que la Gerencia Médica les debe entregar, en un corto plazo para darle carácter a este conjunto de estrategias. Desde su punto de vista establecerle un costo, tanto al personal, como al equipo y todos los componentes de costo que tiene; es un tema que se esperaría determinar en un plazo de no más de dos meses, porque es mucho tiempo. Aunque considera que un mes debería ser lo ideal, pero por la complejidad del tema, le parece que la Gerencia Médica no se puede hacerlo en un mes, acogerá la propuesta.

La doctora Villalta Bonilla señala que el asunto es muy importante, porque la conformación de la Comisión, tiene establecido cuáles equipos tienen que tener. Ahora, lo que se está haciendo es actualizando qué equipos tienen los diferentes hospitales, cuál es el costo, si tienen Holter, si requieren equipo para la prueba de esfuerzo, si todos tienen ecocardiograma y, luego, habría que presupuestarlo, porque hay hospitales regionales y el Hospital de Limón, que está solicitando los tres equipos. Entonces, a la Gerencia de Infraestructura que es la encargada de equipamiento, tiene que realizar el levantamiento de los 29 hospitales y de las necesidades que se tienen y se considera que un mes es suficiente; por esa razón, no incluye los costos porque no se tiene claro cómo está el equipamiento. Conoce que el Holter se le tiene que comprar a los hospitales nacionales, regionales y periféricos, porque hay mucha necesidad, pero repite, hay que hacer el levantamiento de cuántos equipos de Holter y de los demás se requiere, para poder presentar el financiamiento.

La doctora Sáenz Madrigal indica que retomando la inquietud y la preocupación de los señores Miembros de la Junta Directiva, piensa que viene una lista de acuerdos y están muy especificados para el nivel de detalle de una estrategia. Cree que ese aspecto es lo que está generando la discusión. Le parece que se tiene que aprobar la estrategia y encargar a la Gerencia Médica que presente los proyectos. Lo único que solicita es la aprobación del tema de las plazas de recursos humanos de los especialistas, porque no depende de la Gerencia Médica, pero el resto de la propuesta, es decir, todo el proyecto, que se presente completo con las plazas, porque le parece que, efectivamente, se pasa de la estrategia a una fase de implementación, sin que se presente el proyecto con toda la presupuestación.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que varios Directores han mencionado también, un aspecto que es muy importante y le parece que los proyectos tengan todas las cuantificaciones y con el

tema, no solo el de este proyecto sino la cuantificación de todo para determinar el abordaje de este tema y conocer en total cuanto está costando.

Sobre el particular, indica la doctora Villalta que ya se envió la nota a la Comisión Intergerencial, pero ocupa aprobación de la Junta Directiva.

El Director Loría Chaves señala que dado que se presentará para aprobación de la Junta Directiva, la propuesta de las plazas, solicita un acuerdo para que la Dirección Jurídica revise el Convenio de los Médicos Residentes con la Caja, porque le parece que antes de aprobar las nuevas plazas de los nuevos especialistas, que se revise ese convenio. Le preocupa que un médico especialista tenga un compromiso de tres años o pagar tres millones de colones, es una situación particular, porque, eventualmente, podrían dejar la Institución muy pronto y la Institución tiene a disposición la instalación y la formación y los médicos dejan la Caja con mucha facilidad. Repite, considera que ese aspecto se tiene que revisar, porque se convierte en un creando un problema. Hace poco tuvo información de que dos o tres Anestesiólogos, indicaron que no trabajar con la Caja, después de que se graduaron. Por lo tanto, le parece que ese aspecto se debe revisar y hay que aprovechar la creación de nuevas plazas, para definir ese tema, porque es indispensable.

Sobre el particular, comenta el Dr. Devandas Brenes que ayer estuvo en el Colegio de Médicos y recuerda que en una sesión, don Adolfo planteó su preocupación por el tema del salario. Menciona que él hacía la referencia de que no descartaba, ni aceptada de primer ingreso el tema del salario único y le parece que se acordó solicitar un estudio salarial, porque en la Institución se tiene un problema con los especialistas, incluso, si algunos están dejan la Institución por asuntos de retribución, toda empresa trata de retener a su personal, habría que establecer no solamente retribuciones salariales. Ahora, los expertos hacen referencia, incluso, del salario emocional y de una serie de aspectos que modernizan la relación laboral y si con los especialistas están teniendo problemas de esa naturaleza, le parece que es urgente hacer un estudio de la situación salarial especial, si se puede con todo el personal de la Caja. Ese estudio es muy difícil, pero de manera particular con los Especialistas, para estudiar con realismo como se puede impedir, hasta donde sea posible que sigan las fugas de esos profesionales hacia el sector privado. Por lo menos le gustaría conocer con algunos elementos de juicio que estrategias, que tácticas se pueden implementar. Ayer escuchó muchos aspectos sobre horarios más flexibles y pagar por producto. Significa es que no se puede seguir anclados a un Sistema de Retribución de hace veinte o veinticinco años, sino que habría que revisarlo con una creatividad, sin que se conviertan en abusos, pero modernizar el Sistema General de Retribución.

La doctora Sáenz Madrigal indica que por una razón de orden son las 4:20 p.m., el recuento del día, solamente han visto la Gerencia Médica y el Banco Mundial en la mañana, todavía la doctora Villalta tiene cuatro informes más y, todavía, está pendiente la Gerencia de Pensiones, la Gerencia Financiera, la Gerencia de Infraestructura y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Desea conocer hasta qué hora van a estar sesionando, para indicarles a las personas que están esperando, que continúen o se retiren.

El doctor Fallas Camacho indica que él se queda hasta las 6:00 p.m., pero le preocupa que están quedando muchos asuntos pendientes. Hoy hay razón pero le parece que hay que convocar a una sesión extraordinaria y se analicen los temas que están pendientes.

La doctora Sáenz Madrigal comenta que la Asamblea Legislativa, le acaba de confirmar que la convocatoria es de este jueves en ocho días; entonces, este jueves tendrían la sesión completa. Avisaron que fue por un error que mandaron a indicar que era este jueves.

El licenciado Barrantes Muñoz concuerda con el Dr. Fallas Camacho en que se convoque a una sesión extraordinaria para avanzar en el conocimiento de los temas.

La doctora Sáenz indica que mejor termine el tema de la Dra. Villalta y después, se analiza la agenda. Menciona que la propuesta de acuerdo es dar por aprobada la estrategia. Crear la Comisión Intergerencial e instruir a la Gerencia Médica para que presente el proyecto con los costos y toda la planificación el proyecto completo y, además, pregunta que si está redactado el acuerdo completo para el tema de las plazas.

v) Propuesta de acuerdos:

Dada la imperiosa necesidad que tiene la Institución de atender de manera eficiente y oportuna la población con enfermedad cardiovascular, en aras de salvaguardar el derecho a la salud y a la vida, se ha considerado mejorar el abordaje integral de la patología cardiovascular fortaleciendo la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por ello, la Gerencia Médica una vez presentada la propuesta denominada “Estrategias para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la Caja Costarricense de Seguro Social”, recomienda a la Junta Directiva:

lvi) Propuestas de acuerdo:

1. Aprobar la propuesta sobre “Estrategias para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la Caja Costarricense de Seguro Social”, presentado por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-4896-2015 de fecha 29 de abril del 2015.
2. Incrementar las plazas de formación de los siguientes médicos especialistas para el año 2016 a fin de fortalecer la atención integral de la patología cardiovascular y sus condicionantes:
 - Cardiología: 7 plazas
 - Medicina Interna: 6 plazas
 - Medicina Crítica y Terapia Intensiva: 4 plazas
 - Cirugía de Tórax y Cardiovascular: 2 plazas
 - Medicina de Emergencias: 2 plazas
 - Medicina Física y Rehabilitación: 4 plazas
 - Medicina extracorpórea: 2 plazas
 - Medicina Familiar y Comunitaria: 3 plazas

lvii) Propuesta de acuerdos:

3. Instruir a la Gerencia Médica para que a través del CENDEISSS continúe con la formación de médicos cardiólogos subespecialistas en hemodinamia y electrofisiología,

con base en una planificación específica para cubrir las necesidades bajo la propuesta actual, considerando que fungirán en el tercer nivel de atención.

4. Instruir a la Gerencia Médica para que realice las gestiones pertinentes a fin de fortalecer la participación intersectorial en Promoción de la Salud, la cual debe realizarse enmarcada dentro de la gestión colegiada de diversos actores que incluyen al Ministerio de Salud, ICODER, MEP, MAG, Universidades, Municipalidades, A y A, entre otros.

lviii) Propuesta de acuerdos:

5. Conformar una comisión intergerencial para que realice un análisis y planificación del abordaje de las necesidades de infraestructura y equipamiento para la atención integral de la patología cardiovascular y sus condicionantes, a nivel nacional, así como proceda a realizar el estudio de factibilidad mediante los criterios técnicos respectivos, para la creación de unidades de Dolor Torácico en los Hospitales Regionales y Periféricos. Dicha Comisión será coordinada por la Gerencia Médica y deberá brindar un Informe ante la Junta Directiva en un plazo de seis meses.
6. Instruir a la Gerencia Administrativa para que en conjunto con la Gerencia Médica promuevan campañas de comunicación institucional, de nivel nacional, regional y local con enfoque en:
 - Estilos de vida saludable
 - Autocuidado
 - Factores protectores de la salud
 - Prevención de la enfermedad cardiovascular

lix) Propuesta de acuerdos:

7. Instruir a la Gerencia Médica para que a través del CENDEISSS proceda a fortalecer la capacitación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud EBAIS con al menos los siguientes enfoques:
 - Desarrollo de habilidades en acciones para la promoción de la salud y prevención de enfermedad cardiovascular
 - Reforzar el conocimiento y destrezas para la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular, identificación y manejo de los factores de riesgo.
 - Capacitación a los médicos generales, en el manejo adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles
 - Capacitación en manejo de atención de Dolor Torácico Agudo, enfatizando la referencia oportuna y la estabilización adecuada

lx) Propuesta de acuerdos:

8. Instruir a la Gerencia Médica para que a través del CENDEISSS de prioridad a la formación de técnicos en hemodinamia y electrocardiografía, como parte de la atención de la patología cardiovascular.
9. Instruir a la Gerencia Administrativa para que en conjunto con la Gerencia Médica, procedan a la creación un perfil de puesto claramente definido de Promotor de Salud, en aras de adicionar al equipo de apoyo de todas las áreas de salud, que asegure que su labor sea primordialmente extramuros, potenciando las acciones interdisciplinarias e

intersectoriales dirigidas a la participación comunitaria, el autocuidado, los estilos de vida saludable, la promoción de la actividad física, entre otros.

lxi) Propuesta de acuerdos:

10. Con el fin de dotar de recurso humano que labore por turnos en los Servicios de Hemodinamia de los Hospitales Nacionales, se instruye a la Gerencia Administrativa y a la Gerencia Financiera para que a corto plazo procedan a la creación de plazas de los perfiles correspondientes.
11. Instruir a la Gerencia Médica para que proceda a realizar las gestiones pertinentes ante la Universidad de Costa Rica, a fin de solicitar la apertura de la especialidad de Hemodinamia en el año 2016, así como mantener la Especialidad de Medicina Extracorpórea, apertura que fue gestionada a partir del 2015.

lxii) Propuesta de acuerdos:

12. Instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que proceda al inicio del proceso de contratación respectivo para la adquisición de dos angiógrafos, uno destinado para el Hospital de Heredia y el otro para el Hospital Max Peralta.
13. Instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que proceda al inicio del proceso de contratación respectivo para la adquisición de un Angiotac para el Hospital Calderón Guardia, mismo que se estima reduce en aproximadamente 30 por ciento la necesidad de cateterismo.

lxiii) Propuesta de acuerdos:

14. Instruir a la Gerencia Médica para que a través de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud realice un estudio de demanda – oferta para la creación de la clínica de arritmia en uno de los hospitales nacionales.
15. Instruir a la Gerencia Médica para que a través de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud proceda a realizar el estudio de demanda - oferta y accesibilidad para dotar de angiógrafos a los Hospitales Dr. Tony Facio, Hospital Dr. Escalante Pradilla, Hospital Dr. Enrique Baltodano y Hospital de San Carlos, según criterios técnicos expertos.

lxiv) Propuesta de acuerdos:

16. Instruir a la Gerencia Médica para que en conjunto con la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías procedan a realizar los estudios técnicos correspondientes para el aumento de la oferta de la prestación de servicios de rehabilitación cardíaca.
17. Instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que en conjunto con la Gerencia Médica procedan analizar la viabilidad de contar con un sistema de información que integre la atención cardiovascular, mediante la utilización de flujos de trabajo, gestión de citas, resultados y tiempo de espera de pacientes.

lxv) Propuesta de acuerdos:

18. Instruir a la Gerencia Médica para que proceda conformar un equipo de trabajo que tenga como objetivo definir las acciones y responsables del monitoreo, así como analizar los resultados obtenidos de cada una de las estrategias implementadas según el presente proyecto, esto a fin de realizar los ajustes necesarios para mejorar las acciones durante su ejecución y asegurar la sostenibilidad. Dicho equipo de trabajo deberá estar conformado por:
- Representante del área de evaluación de Servicios de Salud (Director).
 - Representante de Farmacoepidemiología (Director).
 - Representante Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. (Director)

lxvi) Propuesta de acuerdos:

19. Instruir a la Gerencia Médica para que a través de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud proceda a la actualización cada dos años de las Guías de Atención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Obesidad. Lo anterior tomando en consideración la Medicina Basada en la Evidencia y la adaptabilidad a la realidad del sistema de salud público.
20. Instruir a la Gerencia Médica para que a largo plazo continúe con el fortalecimiento del primer nivel de atención a fin de lograr el control óptimo de las enfermedades crónicas no transmisibles, enfocado en una población que asuma su deber de conservar su salud a través de estilos de vida saludable y autocuidado.

A la Directora Soto Hernández le parece interesante esta información, porque de alguna manera la determina, ligada a la campaña que en este momento tiene en los medios la Dirección de Comunicación Organizacional y estima que es excelente.

La ingeniera Alfaro Murillo comenta que está impresionada al observar cómo afectan los factores psicosociales. En el programa de prevención cardiaca del Hospital San Vicente de Paul, se atiende de manera integral lo correspondiente al tema de prevención, pero muchas personas que están ahí lo que necesitan, es un estímulo o tratamiento a sus sentimientos depresivos o con problemas familiares. Le parece que con un programa dirigido en ese sentido, las personas, eventualmente, van modificando su actitud y de un pronto a otro, los parámetros mejoran, entonces, disminuye el colesterol. En tiende que aunado a ello se debe incrementar la cultura de que la persona se ejercite, también interviene la Nutricionista, el Endocrinólogo, pero la actitud de las personas, es un factor determinante en el tema y sobre esa base, muchas personas han mejorado sin necesidad de mayor tratamiento con medicamentos. Le parece que es lo que mejor funciona y de un menor costo y considera que programas de esa naturaleza son muy exitosos.

Señala la Ing. Alfaro Murillo que se está haciendo referencia a enfermedades isquémicas y cerebrovascular, pero en ese caso de que el tema se extienda a otro análisis, pregunta cómo se están tratando esos eventos y, ahí, se puede analizar el tema que conversó con la Dra. Sáenz, en términos de la aplicación del medicamento. Pregunta si para atender esas enfermedades solo lo hacen tres hospitales en el país, dado que tienen el equipo de Hemodinamia y cuáles especialistas atienden estos pacientes.

Responde la doctora Sáenz Madrigal y la Dra. Somarribas, que los encargados del proceso son hemodinamistas y cardiólogos intervencionistas y los derrames cerebrales son atendidos por los neurocirujanos.

Continúa la ingeniera Alfaro Murillo y manifiesta su preocupación, porque el medicamento que se puede aplicar y está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) desde hace veinte años, en Costa Rica solamente se aplica en el Hospital Calderón Guardia. Entonces, cuando se analiza la información y se pregunta cuáles son los factores de riesgo y como se han logrado disminuir. Cree que cabe lo que en una oportunidad uno de los especialistas le indicó, en el sentido de que si había algo que pedirle a “Dios” en este país, era que no le diera un derrame, porque si está lejos del Hospital Calderón Guardia, no hay medicamento en el resto del país, a pesar de que el Hospital San Juan de Dios y el Hospital de Heredia, tienen los equipos para poder aplicar este medicamento, pero no está autorizado porque la Comisión de Farmacoterapia no lo ha aprobado. Entonces, ese es un tema que lo deja planteado, en función a este asunto porque quiere entender, por qué solamente puede usar 250 dosis el Hospital Calderón Guardia y si las personas sufren un evento de esa naturaleza, por ejemplo, en Guanacaste, están en una condición de desventaja, como también en la zona sur, porque ese medicamento hay que aplicarlo en los primeros cuarenta y cinco minutos o una hora, después de que sucede el derrame. Enfatiza en que no solo para que la persona no muera, sino para que no queden con secuelas que, luego, el costo para la Institución es más elevado, por la atención que se le debe continuar prestando al paciente. Solicita que doña Rocío y la Gerente Médico agenden este tema con la Comisión de Farmacoterapia. Reitera su preocupación, porque haya resistencia en los centros, aplicar un medicamento que está aprobado y que se tenga una población en riesgo, con el argumento de que el costo de cada dosis es de alrededor de ochocientos dólares, para ella no es argumento, porque el costo de una noche de cama en un hospital es de alrededor de mil dólares. Por lo tanto, si se aplica ese medicamento, se reduce el internamiento de los pacientes en los hospitales, lo cual justifica la compra del producto. Ese evento se relaciona con el tema de enfermedades del sistema circulatorio, por esa razón, no es hoy el día, pero ese tema no se puede ignorar. Reitera que solicita que el tema sea, próximamente, agendado.

Al respecto, la señora Presidenta Ejecutiva indica que con mucho gusto se agendará el tema, porque es un asunto de mucha importancia, dado que lleva implícita una decisión sobre el Centro de Neurociencias. De manera que se tomará nota para agendar el tema.

Respecto de una pregunta del Director Loría Chave tendiente a conocer, si cuando se hace referencia del procedimiento de obstrucción de la eliminación de la arteria coronaria, se está señalado la implantación de un Stent y no del procedimiento de un cateterismo, responde la doctora Somarribas que el Stent, se introduce un catéter a través de una de las arterias grandes y se llega hasta la arteria coronaria y se libera con un Stent, que es un resorte que la dilata.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que este dato viene de una clasificación de egreso hospitalario que es por procedimiento. Cuando la persona ha ingresado por procedimiento programado para la dilatación de la arteria no, necesariamente, es el paciente que ingresó por cateterismo y en el cateterismo se le implantó el Stent.

Respecto de una pregunta del Director Alvarado Rivera, tendiente a conocer si en los tres Hospitales se realizan procesos de esa naturaleza, responde la doctora Somarribas que sí.

Señala el licenciado Alvarado Rivera que es importante esa aclaración de donde se están haciendo los procedimientos, para que se tenga conocimiento de que se realizan en los tres hospitales más especializados y, además, tienen la concentración de los procedimientos. Sería interesante, eventualmente, desagregarlos para determinar cuál es la atención por hospital.

El Director Loría Chaves indica que se conoce que las enfermedades cardiovasculares, son la primera causa de muerte en el país, pregunta si se está incrementando la incidencia.

Responde la doctora Somarribas que han aumentado, aunque no exponencialmente.

Respecto de una inquietud del señor Loría Chaves, señala la doctora Sáenz Madrigal que la incidencia aumenta, dado que la edad es un factor de riesgo en sí mismo y destaca, que cada vez se está teniendo más enfermedad cardiovascular en personas jóvenes.

Al respecto, indica don José Luis Loría que esa información es significativa, porque apunta que la Institución, cada vez tiene más demanda y, eventualmente, no podría atenderla.

El Director Gutiérrez Jiménez acota que le gustaría tener la información de la compra de Stents y los accesorios, desde el año 2006 al 2014 y pregunta por qué se está indicando el dato del año 2011.

Responde al doctora Villalta Bonilla y señala que son los datos que han recopilado de los hospitales, algunos no tienen la información, pero se localizará.

Continúa el licenciado Gutiérrez Jiménez y señala que le parece importante, porque si en unos datos se está incorporando información del año 2006 o antes del año 2014, sería deseable mantener el mismo rango de años.

Sobre el particular, señala la doctora Sáenz Madrigal que esa información hay que revisarla, pero casi tiene seguridad de esa información, anteriormente, se manejaba un poco distinto y fue a partir del año 2011, que se planteó un control sobre el uso de los Stents.

Comenta don Adolfo Gutiérrez que con ese dato de la incrementación en la compra de Stent, se determina que la Junta Directiva ha hecho un esfuerzo muy importante. Con las condiciones actuales que se está recibiendo de información, evidentemente, siempre va a existir una mayor necesidad de recursos, pero es importante y le preocupa que no se tenga la información desde antes, porque si se analiza la información desde el año 2006 a la fecha, va a ser más marcada la diferencia, porque son esfuerzos que ha realizado la Caja para atender enfermedades de esa naturaleza.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores salvo por el Director Gutiérrez Jiménez, que vota negativamente lo referente a las plazas; con lo restante está de acuerdo.

Por lo tanto,

ACUERDO PRIMERO: se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-4896-2015, fechado 29 de abril del año en curso que firma la señora Gerente Médico y, en lo conducente, literalmente se lee así:

“RESUMEN EJECUTIVO

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en Costa Rica desde el año 1970, esto asociado a diversos factores, destacados fundamentalmente el envejecimiento progresivo de la población y la pérdida de hábitos de vida saludables.

Tomando en consideración lo anterior, la Gerencia Médica dada sus competencias y velando por mejorar la atención que se brinda a la población con enfermedad cardiovascular, presenta la siguiente propuesta denominada “Estrategias para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la Caja Costarricense de Seguro Social”.

Dicha propuesta pretende mejorar el abordaje de la patología cardiovascular fuera de la edad pediátrica, para ofrecer un manejo integral que fortalezca la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de esta patología, partiendo de las intervenciones e inversiones que se han realizado en los últimos años, considerando las acciones, que mundialmente han demostrado ser costo-efectivas.

ACCIONES

1. Documento denominado “Estrategias para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la Caja Costarricense de Seguro Social”, mismo que se adjunta ...”,

dada la carga de las enfermedades cardiovasculares y la prioridad que representan por ser la primera causa de muerte en Costa Rica, así como el interés de esta Junta Directiva, se hace necesario que la Institución atienda de manera eficiente y oportuna la población con esa patología, razón por la cual se ha considerado el continuar fortaleciendo su abordaje integral mediante la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, habiéndose hecho la presentación pertinente y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –por mayoría y con la justificación del voto negativo del Director Gutiérrez Jiménez que ha quedado constando en párrafos precedentes y respecto del apartado que él ha indicado-
ACUERDA:

- 1) Aprobar la propuesta “Estrategias para el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la Caja Costarricense de Seguro Social”, según los términos del documento que queda constando en la correspondencia de esta sesión y que consta adjunto a la referida nota número GM-SJD-4896-2015, de fecha 29 de abril del 2015.
- 2) Incrementar las plazas de formación de los siguientes médicos especialistas para el año 2016, a fin de fortalecer la atención integral de la patología cardiovascular y sus condicionantes:

- a. Cardiología: 7 (siete) plazas.
- b. Medicina Interna: 6 (seis) plazas.
- c. Medicina Crítica y Terapia Intensiva: 4 (cuatro) plazas.
- d. Cirugía de Tórax y Cardiovascular: 2 (dos) plazas.
- e. Medicina de Emergencias: 2 (dos) plazas.
- f. Medicina Física y Rehabilitación: 4 (cuatro) plazas.
- g. Medicina extracorpórea: 2 (dos) plazas.
- h. Medicina Familiar y Comunitaria: 3 (tres) plazas.

Asimismo, **se encarga** a la Gerencia Médica que, en un plazo de dos meses, presente los proyectos derivados de las Estrategias aquí aprobadas, así como su cuantificación.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, excepto por el Director Gutiérrez Jiménez que indica que está de acuerdo con la propuesta en general, salvo con lo relativo a las plazas. Por consiguiente, el acuerdo se adopta en firme.

ACUERDO SEGUNDO: solicitar a la Dirección Jurídica el análisis del Reglamento que regula la relación del residente y su compromiso como especialista en ciencias de la salud con la Caja Costarricense de Seguro Social por medio del sistema de estudios de posgrado de la Universidad de Costa Rica y, dentro de él, lo relacionado con los términos del contrato de retribución social, así como el contrato de aprendizaje, en consideración de la necesidad que el país tiene de contar con especialistas en las distintas regiones; de que en la práctica se da que, en algunos casos, se opta por el pago del Fondo de Garantía de Retribución Social, que es una suma poco representativa respecto de la inversión que se ha hecho en la formación del especialista y, en especial, porque ello incide en la prestación de los servicios al no contarse con el recurso especializado requerido en las distintas localidades, de manera que se hace necesario definir las condiciones para que el residente cumpla con los términos del contrato y puedan satisfacerse las necesidades de especialistas.

Por tanto y en este contexto, deberá la Dirección Jurídica, en asocio con la Gerencia Médica y atendiendo las necesidades institucionales, valorar la posibilidad de otra opción de regulación de este tipo de relación contractual.

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.

Se retiran del salón de sesiones las doctoras Somarribas Meza y Aragón Gómez.

ARTICULO 9º

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-3527-2015, del 06 de abril del año 2015, firmado por la Gerente Médico, que contiene la propuesta de nombramiento del Director a.i. del CENARE (Centro Nacional de Rehabilitación), en vista de la jubilación del titular: Dr. Federico Montero Mejía.

La doctora María Eugenia Villalta explica que el Dr. Montero Mejía se pensionó, entonces, la propuesta es ascender al Subdirector que cumple los requisitos. Hay dos candidatos el Dr. Arnoldo Matamoros participó, y es el actual Interventor del Hospital Dr. Calderón Guardia y él también es especialista en Medicina Física y Rehabilitación y el Dr. Roberto Aguilar Tasara. El Dr. Arnoldo Matamoros está ahora y el Dr. Roberto Aguilar era el Subdirector. En estos momentos como han tenido varias sesiones y no se ha logrado presentar al doctor Aguilar, por asuntos de tiempo, el Dr. Roberto Aguilar ha estado como Director. Reitera que hay dos candidatos el Dr. Arnoldo Matamoros que está como Interventor del Hospital Calderón Guardia y el Dr. Aguilar Tasara, ambos médicos especialistas que cumplen con requisitos, con la especialidad en administración. Estaría recomendando al Dr. Aguilar Tasara, porque en el mes de mayo, todavía está el Director del CENARE. Esto es un nombramiento interino por tres meses.

Respecto de una pregunta del Director Barrantes Muñoz, responde la doctora Villalta Bonilla que el doctor Aguilar Tasara es el Subdirector del CENARER y desde que el doctor Montero se pensionó, está asumiendo el cargo de Director.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio del 6 de abril del año 2015, número GM-SJD-3527-2015, firmado por la señora Gerente Médico, que contiene la propuesta de nombramiento interino del Director del Centro Nacional de Rehabilitación, que literalmente se lee de este modo, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO

El Director Médico del Centro Nacional de Rehabilitación se jubiló por ello fue reactivada la plaza N°04912 de Director Médico 3 de dicho centro.

Por lo anterior, ésta Gerencia en aras de dar continuidad a los servicios procedió a solicitar a la Oficina de Recursos Humanos del CENARE la realización de un proceso de selección para el nombramiento interino en la plaza N°04912 Director Médico 3. La Oficina de Recursos Humanos mediante oficio CNR.OGRH-525-2015, comunica que se realizó la publicación respectiva en la página Web de la Institución que tuvo la participación de dos oferentes a ocupar el puesto de Director Médico del CENARE (se adjuntan curriculum):

NOMBRE	FORMACION	INSCRIPCION	EXPERIENCIA ADMINISTRACION SERVICIOS DE SALUD
Arnoldo Matamoros Sánchez	Médico Cirujano, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Especialista en Administración Servicios de Salud	Si	<ul style="list-style-type: none"> - Jefe Servicio de Rehabilitación del Hospital Monseñor Sanabria. 8 años. - Jefe Servicio de Rehabilitación del HCG. 8 años - Subdirector General del HCG de mayo a octubre 2014. - Director Médico del HCG de noviembre 2014 a la fecha

Roberto Aguilar Tassara	Médico Cirujano, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Magíster en Administración de Servicios de Salud Sostenibles con énfasis en Gerencia de servicios de Salud ...”	Si	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinador del Área de Rehabilitación. 1 año - Jefe Servicio de Fisiatría CENARE. 2 años - Director Servicios Médicos y Apoyo Técnico de junio 2014 a la fecha.
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Por lo tanto, con base en la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva –en forma –unánime- **ACUERDA** nombrar interinamente en la plaza N°04912 al doctor Roberto Aguilar Tassara como Director General a.i. del Centro Nacional de Rehabilitación, a partir del 8 de mayo del año 2015 y hasta por un período de tres meses.

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

Ingresan al salón de sesiones el doctor Marvin Agüero Chinchilla, Coordinador Técnico del Programa Institucional de Donación y Trasplante; Ing. Berny Montoya Fonseca, funcionario de la Dirección Sistemas Administrativos; las licenciadas Adriana Chaves Días, funcionaria de la Dirección Técnica de Bienes y Servicios; Ingrid Quesada Mata del Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, y la Dra. Marieta Dailey Araya, de la Coordinación de donación y trasplante del Hospital Calderón Guardia.

ARTICULO 10°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-2830-2015, del 23 de marzo del año 2015, que firma la Gerente Médico, por medio del que se presenta el informe de avance del modelo de gestión “Red Institucional de donación y trasplante de órganos, tejidos y células”.

La exposición está a cargo del doctor Agüero Chinchilla, con base en las siguientes láminas:

D)



Propuesta del modelo de gestión: “RED INSTITUCIONAL DE DONACION Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS TEJIDOS Y CÉLULAS”

Jueves 07 de mayo de 2015

II)

Política Institucional de donación y trasplante.

Aprobada por Junta Directiva, artículo 15º, sesión Nº 8659, 5 de septiembre de 2013

“El proceso de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en la CCSS, se realizará

- de manera **articulada** entre los diferentes establecimientos de salud,
- proporcionando una **atención integral** a los **pacientes con falla orgánica terminal**
- y un **adecuado seguimiento al donante vivo**;
- estimulando **prioritariamente la donación cadavérica**;
- procurando la **transparencia** y la puesta en marcha de las **buenas prácticas** recomendadas para tales efectos.”

III)

Acuerdo de Junta Directiva

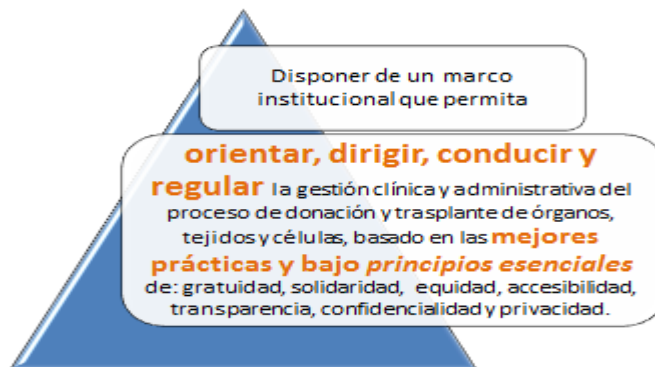
En el artículo 15º, de la sesión Nº 8659, celebrada el 5 de septiembre del 2013,

un modelo que **garantice** buenas prácticas y una organización

que asegure una **transparente, equitativa, ágil y oportuna** distribución de órganos y tejidos y selección de receptores.






IV)

Objetivo general del modelo



V)

Objetivos específicos

-  Modelo de gestión institucional bajo una perspectiva de red de servicios de salud y comunitaria.
-  Lineamientos para garantizar la equidad, la transparencia, la oportunidad, la eficiencia y la calidad del proceso.
-  Definir, diseñar e implementar el sistema de información institucional del proceso.
-  Gestionar un sistema remunerativo que permita cubrir los honorarios de los funcionarios que participan durante el proceso.
-  Estrategias comunicacionales dirigidas al personal institucional donantes, receptores, familiares y a la población en general.

VI)

Aprendiendo de las buenas prácticas..



VII)

...la recuperación de la salud, su integración a la vida cotidiana, la participación social...



VIII) Los componentes del Modelo de Gestión en Donación y Trasplante

- Dirección y conducción.
- Organización y funcionamiento.
- Planificación y presupuesto.

- Dotación de recursos.
- Sistema de información.
- Control interno. Rendición de cuentas.
- Normalización.
- Capacitación y educación.
- Comunicación.
- Atención Psicosocial
- Cooperación interinstitucional, intersectorial e internacional.

IX)

Etapas de implementación



X) **Propuesta funcionamiento red de donación y trasplante, primera etapa**

Coordinación Institucional de la Red de Donación y Trasplante	Creación de la Oficina de Coordinación Institucional
Fomento de la donación cadavérica	Hospital Donante Estrategia de Comunicación Institucional
Regulación de la donación viva de acuerdo Ley N° 9222	Normalización y Regulación de programas hospitalarios de trasplante con donante vivo
Trasplante Renal	Hospitales Nacionales. Hospital Nacional de Niños.

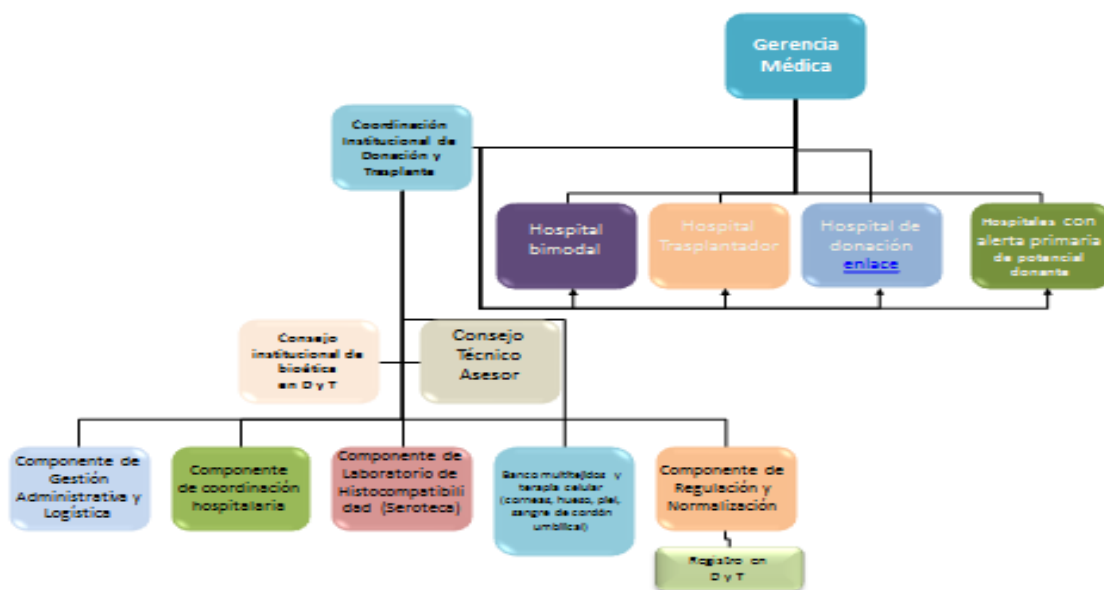
Trasplante Hepático	Maximizar y potencializar el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar ubicado en el H. México, con una integración de los equipos de los H. Calderón Guardia y Nacional de Niños
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

XI) Propuesta funcionamiento red de donación y trasplante, primera etapa

Trasplante Cardiopulmonar	Hospital Calderón Guardia.
Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) en sus variedades de fuente de donación.	Hospital México. Hospital San Juan de Dios. Hospital Nacional de Niños.
Banco Terapia Tisular y Celular	Hospital Nacional de Niños.
Banco de Tejidos Oculares y afines	Clínica de Especialidades Oftálmicas
Banco de Células Madre de Cordón Umbilical	Hospital San Juan de Dios.
Laboratorio de Referencia Institucional para estudios de Histocompatibilidad (Sueroteca).	El <u>único</u> laboratorio es el del Servicio de Nefrología del Hospital San Juan de Dios.

XII)

Organigrama de la Red Institucional de Donación Trasplante de Órganos y Tejidos



XIII)

Clasificación de hospitales [regresar](#)



XIV) La aprobación del modelo de gestión propuesto y su plan para la implementación de la primera etapa.

XV)

¿Qué necesitamos?

Gerencia Administrativa: el esquema remunerativo para el personal que interviene en el proceso de donación y trasplante de órganos, tejidos y células.

Gerencia Financiera: el costo estimado de la implementación de la primera etapa del modelo propuesto.

XVI) ¿Qué necesitamos?

XVII)



XVIII)

PROPUESTA DE ACUERDO

La Junta Directiva en atención a oficio GM-SJD-2830-2015 suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, en donde expone el informe de avance del Modelo de Gestión: “Red Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células”, acuerda:

PRIMERO:

Dar por recibido y aprobado el Modelo de Gestión: “Red Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células”.

SEGUNDO:

Modificar el acuerdo de Junta Directiva que consta en el Art. 20° de la Sesión N° 8240 celebrada el 10 de abril del 2008; de modo que el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar brinde cobertura de atención a la patología Hepatobiliar de la Población tanto adulta como Pediátrica de tal forma que se constituya en un centro de referencia para el país como componente de la primera etapa del Modelo.

TERCERO

Instruir a la Gerencia Administrativa y a la Gerencia Financiera para que se realicen las acciones necesarias con el fin de contar con el esquema remunerativo y el costo estimado de la implementación de la primera etapa del modelo propuesto en un plazo máximo de ocho semanas. Lo anterior, a fin de contar con los requerimientos necesarios para el aval correspondiente de la propuesta.

La doctora María Eugenia Villalta explica que el Dr. Montero Mejía se pensionó, entonces, la propuesta es ascender al Subdirector que cumple los requisitos. Hay dos candidatos el Dr. Arnoldo Matamoros participó, y es el actual Interventor del Hospital Dr. Calderón Guardia y él también es especialista en Medicina Física y Rehabilitación y el Dr. Roberto Aguilar Tasara. El Dr. Arnoldo Matamoros está ahora y el Dr. Roberto Aguilar era el Subdirector. En estos momentos como han tenido varias sesiones y no se ha logrado presentar al doctor Aguilar, por asuntos de tiempo, el Dr. Roberto Aguilar ha estado como Director. Reitera que hay dos candidatos el Dr. Arnoldo Matamoros que está como Interventor del Hospital Calderón Guardia y el Dr. Aguilar Tasara, ambos médicos especialistas que cumplen con requisitos, con la especialidad en administración. Estaría recomendando al Dr. Aguilar Tasara, porque en el mes de mayo, todavía está el Director del CENARE. Esto es un nombramiento interino por tres meses.

Respecto de una pregunta del Director Barrantes Muñoz, responde la doctora Villalta Bonilla que el doctor Aguilar Tasara es el Subdirector del CENARER y desde que el doctor Montero se pensionó, está asumiendo el cargo de Director.

Prosigue la licenciada Villalobos Leiva y se refiere a la *Propuesta de remuneración en el contexto del Modelo de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células*, con el apoyo de las láminas que se especifican:

- i) Propuesta de remuneración en el contexto del Modelo de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células
Informe de avances a la Junta Directiva 07 de mayo 2015.
- ii) Antecedentes:
 - 1. **Reuniones de contacto (noviembre-diciembre 2014).** La Dirección Administración y Gestión de Personal, sostiene reuniones con el Equipo Técnico de la Gerencia Médica, la Coordinación Institucional de Donación y Trasplantes y con funcionarios del Hospital Calderón Guardia e instruye la participación de recursos humanos en este proceso.
 - 2. **Acuerdo del Consejo de Presidencia y Gerencias, 22 enero de 2015:**
“Se le solicita al equipo intergerencial que ha trabajado el modelo de gestión en donación y trasplantes que, previo a elevar ese tema a Junta Directiva, se incorpore el plan operativo de propuesta, una estimación de costos de su implementación, así como el esquema remunerativo que actualmente está siendo elaborado por la Dirección de Gestión y Administración de Personal.”

iii)

Insumos necesarios para el análisis y diseño de "sistemas de pago" del Modelo de Trasplantes

TÉCNICOS

1. Estructura organizacional (Jerarquía).
2. Estructura funcional (Articulación).
3. **Procesos, sub procesos, actividades, protocolos.**
4. **Estructura ocupacional (funcionarios, puestos y salarios).**

iv)

Insumos necesarios para el análisis y diseño de "sistemas de pago" del Modelo de Trasplantes

JURÍDICOS

1. **Regulaciones específicas y condiciones laborales de los participantes** (Salarios, Jornada laboral, tipo de contratación, perfil ocupacional, etc.)
2. Modalidades vigentes de pago de los participantes (Disponibilidades Médicas, Tiempo extraordinario, Guardias Médicas).

Profesionales en Ciencias de la Salud (Médicos Especialistas, Enfermeras)

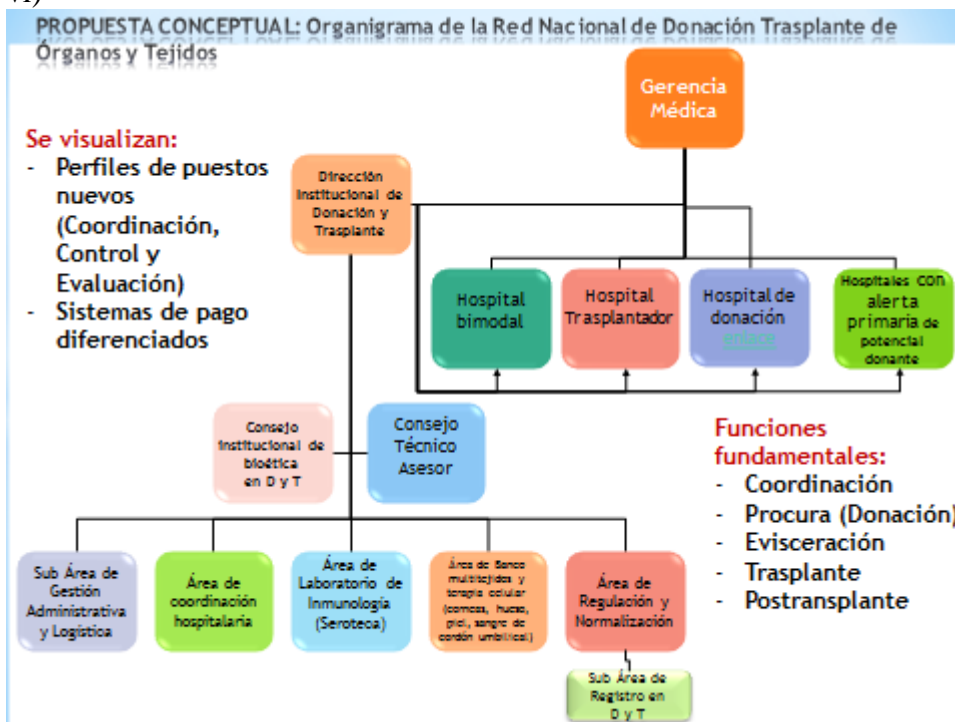
Puestos de nivel Profesional Administrativo (Psicólogos, Trabajadores Sociales).

Puestos técnicos y asistenciales (Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Quirófano, Asistentes de Pacientes, Técnicos en Redes, Choferes)

v)



vi)



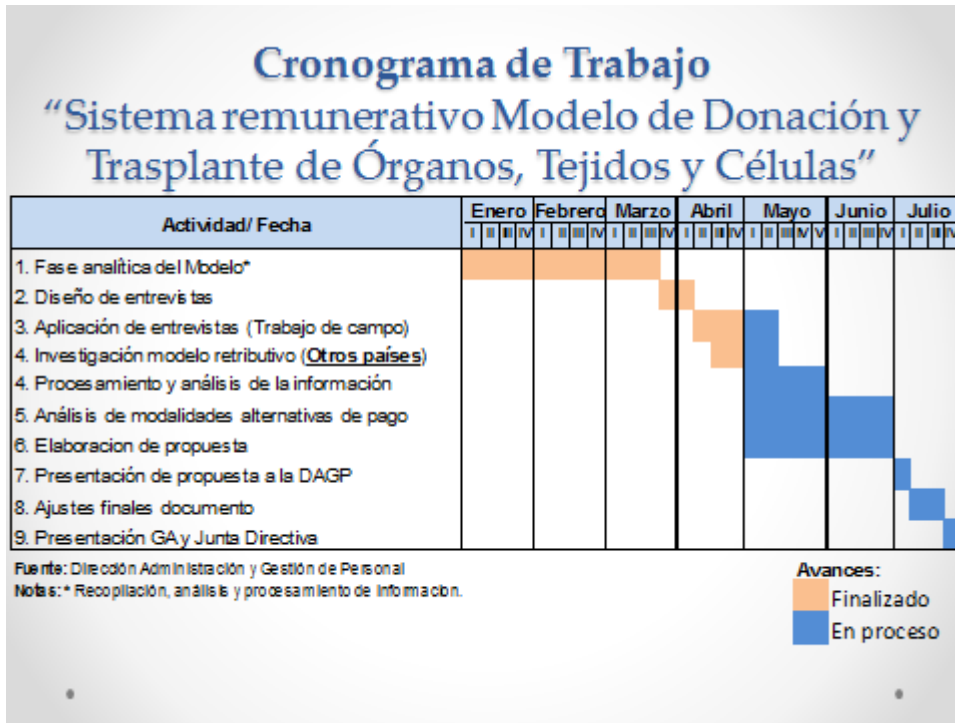
vii)



viii) Características del Modelo de Donación y Trasplante que inciden en el “Sistema de Remuneración”.

- Situación emergente (Donante cadavérico).
- Procedimientos de urgente activación (Corta duración del estado útil de los órganos).
- Alta complejidad de las intervenciones y procedimientos.
- Duración prolongada de las intervenciones quirúrgicas.
- Alta pericia y compromiso de los participantes.
- Escasez de personal calificado y especializado.

ix)



x) Propuesta de acuerdos:

De conformidad con la presentación realizada por la Gerencia Médica y la Dirección Administración y Gestión de Personal, en torno al trabajo que se ha venido desarrollando en el contexto del Modelo de Gestión en Red para Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, se acuerda:

Acuerdo primero: Dar por recibido el informe de avance del “Modelo de Gestión en Red para Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células”, presentado por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-2830-2015, e instruir a la Gerencia Médica, para que presente ante esta Junta Directiva en un plazo de tres meses, el documento final así como el plan de implementación en sus diferentes etapas.

Acuerdo segundo: Instruir a la Dirección Administración y Gestión de Personal de la Gerencia Administrativa, para que en el mismo plazo (tres meses) presente ante la Junta Directiva, la propuesta de remuneración del Modelo de Gestión en Red para Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

El doctor Marvin Agüero refiere que esta propuesta surge producto de la política institucional de donación y trasplantes del año 2013, en donde una de las políticas iniciales de este documento, hace referencia a que el proceso de donación y trasplante de órganos, se va a realizar de una manera articulada en los establecimientos de salud, donde el foco de atención es el paciente con falla orgánica terminal y se pueda beneficiar con un trasplante. Destaca que es una población grande, se hace referencia a pacientes con patología oncológica o producto de patologías metabólicas, que con el desarrollo de la enfermedad son beneficiados con un trasplante. Por otro lado, se le debe dar un adecuado seguimiento al donante vivo, porque Costa Rica, es el país en América Latina que tiene la tasa más elevada de donación viva y ese aspecto es un punto significativo, para tomar en consideración en la donación del donante vivo,

estimulando, prioritariamente, la donación cadavérica, porque esa donación genera mayor cantidad de trasplantes y procurando transparencia y buenas prácticas. Dentro del acuerdo de la Junta Directiva, en ese momento se crea un grupo intergerencial, son funcionarios de la Institución y forman parte del equipo, son más de 13 funcionarios de las diferentes Gerencias con apoyo también técnico. Estuvieron trabajando durante aproximadamente 16 meses, realizando una investigación de campo, generando un diagnóstico situacional en el tema de donación y trasplantes para la Institución, de tal manera que se generara un modelo que garantice las buenas prácticas y una organización que asegurara transparencia, equidad, agilidad y oportunidad, en los casos en los que se pueda realizar un trasplante. Este grupo intergerencial contó con el apoyo técnico de los países de España, Argentina, Uruguay y Panamá, dado que también han avanzado mucho en el sistema organizativo de trasplantes. El objetivo general es que este modelo permita que la Institución tenga todo el marco institucional para orientar, dirigir, conducir y regular la gestión clínica y administrativa en el proceso de donación y trasplante, porque hasta el momento, ha sido una gestión muy local y hospitalaria que no ha tenido una adecuada conducción y regulación desde el Nivel Central, por lo cual este modelo está centrado en principios rectores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y bajo los principios de la gratuidad, solidaridad, equidad, accesibilidad, transparencia, confidencialidad y privacidad, en un tema tan sensible desde el punto de vista social y de mucho beneficio, que puede dar a muchas personas, pero que requiere un adecuado marco regulatorio. El modelo tiene, prácticamente, cinco objetivos específicos, uno es definir cómo gestionar en la Institución bajo una perspectiva de la Red de Servicios y que involucre a la comunidad; además, que genere lineamientos para garantizar la equidad, la transparencia, la oportunidad, la eficiencia y la calidad de todo el proceso de donación. Definir e implementar el Sistema de Información Institución, dado que es un trabajo que se viene haciendo conjuntamente con el Ministerio de Salud, porque la buena práctica incentiva, para que existan registros únicos de las personas que requieren un trasplante; además, que exista una equidad en la distribución de los órganos. Gestionar un sistema remunerativo que permita cubrir los honorarios, a los funcionarios que participan durante el proceso y aparte de ese aspecto, desarrollar estrategias comunicacionales dirigidas al personal institucional, donante, receptores, familiares y a la población en general. Como antecedente señala que el tema de trasplantes es la Organización Nacional de Trasplantes de España, que surge a raíz de la necesidad de dar una solución a los pacientes que sufrían de hemodiálisis e insuficiencia renal. Después se tiene la Red Nacional de Japón en Trasplantes, la cual tiene el programa más importante a nivel mundial de donante vivo y en América Latina se tiene el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (**INCUCAI**) de Argentina y al Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Uruguay, los cuales en este momento, cooperan con Costa Rica en estos momentos, Cuba también tiene la Organización Nacional de Trasplantes, Estados Unidos se rige a través de una Organización no Gubernamental. En Italia está el Centro Nacional de Trasplantes y en Panamá, con cuatro años de haberse organizado con una fusión entre el Ministerio de Salud y la Caja y se ha generado la Coordinación Panameña de Trasplantes. Cuando se planteó la Ley actual de Donación y Trasplantes, se trató de establecer una fusión entre el Ministerio de Salud, la Caja y el Sector Privado del modo tal que en Costa Rica, lo que funcionaría es la Secretaría Técnica, que está en el Ministerio de Salud que realiza la rectoría en trasplantes y les permite generar una organización institucional, debido a la universalidad de servicios que brinda la Institución y se genera este modelo que se está presentando, donde en el eje principal es, precisamente, poder llevar la solución al paciente con falla orgánica terminal. La recuperación a la salud y su integración a la vida cotidiana, porque si hay una evidencia en el tema de trasplantes, es que la mayoría de los pacientes se integran a la vida cotidiana, tienen

negocios propios, algunos han terminado de estudiar, otros están por casarse y la mayoría, prácticamente, no se está haciendo referencia de un tratamiento paliativo, se refiere a un tratamiento que reintegra a la persona en la sociedad, a pesar de tener una patología de fondo crónica. Para que el paciente sea beneficiado, tiene que existir un adecuado marco estratégico regulatorio externo. Se crea el Programa Institucional de Donación y Trasplantes y aparte, se establecen las necesidades de salud de los usuarios; es decir, identificar cuáles son las personas que realmente pueden ser beneficiadas con un trasplante. Destaca que en este año se alcanzó la cantidad de donaciones cadavéricas que se hicieron en el año 2014, son 20 familias que de manera solidaria, han donado los cadáveres de sus familiares para trasplante. Significa que es el resultado de una estrategia institucional, en el tema de comunicación y en el tema de capacitación al personal, pero para poder dar respuesta a esta sociedad, se tiene que reflexionar en cuál es la capacidad de respuesta que tiene la Institución, para poder atender a tantos donantes, porque si se tienen muchos y se deben realizar varios trasplantes, entonces, se debe proyectar cuál va a ser su capacidad de respuesta ante la sociedad. Además, de analizar los resultados de la atención a la necesidad de salud del paciente, rendición de cuentas, desde el punto de vista administrativo y el éxito se determinará con una persona integrada, no solo físicamente, sino desde el punto de vista social dentro del país. Para que este proceso se dé, en términos de crear esta Organización Institucional, que brinde el soporte a la cadena de abastecimiento, a la infraestructura y equipamiento, al recurso humano, a la asignación de recursos financieros y que haya un adecuado sistema de información. Todos esos aspectos estuvieron contemplados en la política y son componentes del Modelo. El Proyecto es un Modelo que tiene un componente importante de conducción y dirección de cómo se organiza y funciona. También, se ha considerado un componente de planificación y presupuestación, de tal manera que las acciones se vayan realizando debidamente planificadas, presupuestando y planificando la atención y la cartera de servicios que se vayan a otorgar. Tiene un componente de sistema de información, otro muy importante de control interno de rendición de cuentas, de normalización porque hasta el momento existen solo protocolos hospitalarios y están trabajando en una Normativa Nacional e Institucional, un componente de capacitación y educación, un componente de educación social y de atención psicosocial, donde están trabajando psiquiatras, psicólogos, salud mental, psicología y de Cooperación Interinstitucional, intersectorial e internacional. Este desarrollo de la Institución lo están planteando en tres etapas de implementación. En esta primera etapa, se hace necesario conformar la Oficina de Coordinación Institucional. Hasta estos momentos la coordinación recae sobre una sola persona y es él. Para las funciones encomendadas y que se han identificado, se hace necesario contar con una oficina, en el equipo de recursos humanos y de infraestructura, que pueda dar respuesta a las necesidades para la ejecución de este proyecto. Se hace necesario fortalecer y maximizar los recursos que en este momento, la Institución tiene y la estrategia hospital-donante, es mejorar toda la capacidad que se tiene para identificar los donantes cadavéricos, los cuales son donantes multiorgánicos y van a generar mayor capacidad de trasplante. En la segunda etapa se propone crear el Centro Nacional Coordinador de Donación y Trasplantes, como un ente totalmente regulador de toda esta actividad y que concentre, además, todos los Bancos Multitejidos que hay en el país. En estos momentos el Banco de Córneas está ubicado en la Clínica Oftalmológica, el Banco de Piel está en el Hospital Nacional de Niños y el Banco de Cordón Umbilical en el Hospital San Juan de Dios. Para mejorar una regulación en el tema de tejidos, se propone que todos estos bancos se aglutinen en un único Banco. Argentina, como ejemplo, tiene una población muy numerosa, tiene tres Bancos Multitejidos para toda Argentina, entonces, no se explica por qué tener diferentes Bancos, en diferentes partes donde podrían estar integrados, en una sola planta física donde se pudiera maximizar estos recursos y

continuar con la estrategia de Hospital Donante, porque entre mayor cantidad de donantes, se seguirá generando mayor número de trasplantes. En la tercera etapa de este modelo, está la instauración de la Red Nacional de Donación y Trasplantes, con la participación de todos los sectores, inclusive, la atención primaria capacitando y formando en la importancia de la solidaridad, a la donación y también en el seguimiento del donante. Qué sucede si el donante está en el Área de Salud de Parrita, quien le da atención a este paciente, toda esta parte de atención integral, se contempla en la tercera etapa. Para la coordinación institucional, se crea la Oficina de Coordinación Institucional que es un importante organismo que tiene que existir en el nivel central. La estrategia hospital donante que se ha iniciado en los hospitales del Gran Área Metropolitana, significa que se está incluyendo las Provincias de Alajuela, Heredia, Cartago, el Hospital de Pérez Zeledón, inclusive, el Hospital de Liberia, ha generado donantes más los cuatro hospitales del Gran Área Metropolitana. Tiene que existir un componente muy importante, para que se regule la donación viva, porque esa donación es la que podría generar los malos procesos, que han ocurrido en torno a tráfico de órganos y trata de personas para fines de tráfico de órganos. El trasplante renal se propone que se siga realizando en los tres hospitales nacionales: Hospitales San Juan de Dios, México y Calderón Guardia, porque la norma internacional establece que por cada 1.500.000 personas, debería existir un programa de trasplante renal y el proceso apenas inicia, porque existe una Región en donde la insuficiencia renal crónica, sigue abarcando una importante población y es prioritario el Hospital Nacional de Niños. Por ejemplo, en el caso de trasplante hepático, se hace necesario maximizar el Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Biliar. Es un Centro que se crea desde el año 2004 y en esos momentos, cuando se da la creación del Centro, se crea solo para la atención de adultos. La idea y la recomendación técnica es que ese Centro asuma también la población pediátrica, con una integración del equipo quirúrgico que está ubicado en estos momentos en los dos hospitales que realizan trasplante hepático.

Respecto de una consulta del Director Gutiérrez Jiménez, el Dr. Agüero responde que el Centro tiene dos aspectos para valorar la producción. Primero, es un Centro que atiende Cirugía Hepatobiliar, cirugía de alta complejidad, carcinomas y masas hepáticas. Los profesionales se ven muy confinados a ese tipo de atención, pero en trasplante hepático se realiza un promedio de cinco a seis trasplantes anuales. La idea es que exista un único equipo de trasplante Hepático para adulto y uno que brinde la atención para el niño, porque la Norma Internacional establece que un equipo encargado de trasplante de hígado, para que mejore la calidad debería ser un mínimo de 16 a 20 trasplantes hepáticos. Entonces, la idea es congregarse en uno solo equipo, para que maximice el “expertice” y los donantes que se están generando, porque a veces tienen un donante en un hospital y no se puede hacer el trasplante, porque falta un cirujano o porque en el otro hospital solo hay una cirujana. La idea es maximizar estos cirujanos para que puedan atender como una sola Red.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, porque conoce que los médicos del equipo de trasplantes son muy calificados, entonces, si realizan cinco cirugías al año, le parece que el recurso se desaprovecha porque, incluso, se ha indicado que hacen cirugías de otra naturaleza en el Centro, reitera su preocupación, porque no se está utilizando el “expertice” que poseen. Menciona que el otro día le comentaron, lo cual no le consta, que se estaban realizando cirugías de vesículas, repite, no lo está afirmando. Comparte la posición cuando el otro día, se estaba haciendo referencia de una madre que tenía la preocupación, de que no tenía el trasplante para su niña y de pronto, se enteró que se estaban realizando cinco trasplantes. Le parece que es

importante atraer la mayor cantidad de actividad al centro. Aclara que el comentario no es una crítica para el Centro, es todo lo contrario, son profesionales de primer orden y, enfatiza, en que se desaprovecha no tratar de canalizar, la mayor posibilidad de actividad al Centro, para lograr no solo que tenga esa actividad mayor, sino que, además, se esté favoreciendo la solución de pacientes.

Sobre el particular, el Dr. Agüero Chinchilla anota que siempre ha comentado que el centro está mal nombrado porque se denomina “Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar”. Aclara que estos Centros más bien son de Cirugía Hepatobiliar y dentro de la atención, se ofrece la posibilidad de realizar el trasplante. Lo que no se justifica, por ejemplo, es por qué en otro hospital se tienen cirujanos que pueden hacer trasplante de hígado están haciendo operaciones de vesículas, donde más bien deberían estar operando carcinomas y cirugías de alta complejidad. De tal manera que se entrenen para que cuando se presenta el momento de hacer un trasplante de hígado, los profesionales tengan todo el “expertice” necesario, por esa razón, el planteamiento es unificar todos los equipos en uno solo y maximizar los recursos, dado que la Institución invierte de una forma muy importante. Se revisan los protocolos, la forma de trabajar y se determina que el equipo de trasplantes, está a un mismo nivel de cualquier equipo del mundo. Comenta que uno de estos cirujanos, por una enfermedad degenerativa, no puede ingresar a las Salas de Operaciones y, entonces, queda el Centro de Trasplante con solo dos cirujanos y se tiene el Hospital Calderón Guardia con dos cirujanos, entonces, hay que unirlos, maximizarlos para que se aproveche el recurso.

Ante una inquietud del Director Devandas Brenes tendiente a conocer que respuesta se ha tenido de los médicos del Hospital Calderón Guardia, señala el Dr. Agüero que se produce un poco de resistencia al cambio, porque cuando se hace referencia de unificar las Redes, se tiene que empezar a romper paradigmas institucionales. El Modelo ni siquiera se denomina Coordinación Institucional sino Red Institucional, romper ese paradigma de paredes hospitalarias y todos por un bien común que es el paciente, porque pertenece a la Institución y los funcionarios también y la responsabilidad como funcionario, es desligar esa cultura y generar la unificación de esos grupos, para que generen un único producto.

En relación con una pregunta de la señora Presidenta Ejecutiva, en el sentido de qué si quiere indicar, en términos de que ahora todo el trasplante hepático se va realizar en ese Centro, responde el Dr. Agüero Chinchilla que la idea es empezar a maximizar el Centro.

Respecto de una consulta de la doctora Sáenz Madrigal, en términos de si los especialistas de todos los hospitales irían a operar a ese Centro, indica el Dr. Agüero que los que realizan las intervenciones en el hígado, pues estarían unidos con el Hospital México y el Centro de Trasplante, es una forma de maximizar el recurso.

Respecto de una inquietud, Dr. Agüero Chinchilla anota que este modelo se llevó a validar con los cirujanos antes, sin embargo, cuando se presentó para que fuera validado en el Hospital Calderón Guardia, los cirujanos interesados en este tema, no se presentaron y fueron convocados con suficiente antelación.

Interviene el Director Alvarado Rivera y señala que el Centro, puede reunir todas las condiciones para realizar los trasplantes, pero si no se tienen órganos para trasplantar, lo que se

tiene es unidad esperando que en algún momento aparezca el órgano, para poderlo trasplantar. Por otra parte, le parece que se tiene que evaluar la sobrevivencia de los pacientes trasplantados, así como una valoración de los procedimientos y los protocolos de cirugía, para que los trasplantes sean un éxito y se pueda garantizar la sobrevivencia de los pacientes. Además, le produciría satisfacción que el Centro presente un informe con la información clara de qué procesos se realizan, qué cosas se están haciendo, así como cuántos trasplantes, cuáles son los pacientes que están en lista de espera, cuáles son los posibles órganos que tienen ahí; aspectos de esa naturaleza son importantes conocer, para tomar decisiones. Comenta que cuando observó el tema de los canales de televisión y una señora haciendo referencia de los trasplantes, le causó mucha preocupación, porque es Miembro de la Junta Directiva y está asumiendo esa responsabilidad. Sin embargo, no tomará una decisión sobre el tema sino tiene suficiente información, para que se continúe invirtiendo en los trasplantes, dado que el costo es muy elevado y no se conoce el impacto que se está produciendo en los pacientes.

El Director Barrantes Muñoz indica que conoce que el Dr. Agüero no ha concluido la presentación, pero este punto es significativo, porque ha tenido siempre la mejor impresión de este proceso, inclusive, le parece que constituye una buena práctica dentro de los aspectos que ha observado, que en esta Institución es difícil que funcione, en el sentido de que se ha ido, progresivamente, alcanzando nuevas etapas y están en un punto en el que se tiene que tomar una decisión. Cuando don Marvin Agüero planteaba el tema de maximizar y romper paradigmas, se tiene que partir de realidades, su preocupación es que si se tiene un feudo o van a tener dos feudos, por ejemplo, el quisiera que no exista un solo feudo, pero este es un país tan pequeño que lo deseable es maximizar los recursos y unificar, pero como lograr esos aspectos, dado que no se está avanzando, no se trata de privilegiar un feudo en detrimento de otro, porque la impresión que tiene es que en este país tan pequeño, se hacen trasplantes en un hospital, en otro, pero se deben cuestionar cuan sostenibles son esas duplicidades, por qué esos aspectos no se inscribían dentro de una propuesta estratégica institucional, sino que hasta donde tiene la impresión, también fue el resultado de esfuerzos particulares que se dieron en cada hospital. En algunos casos liderados por el entusiasmo, el interés o la mezcla de los médicos y, ahora, se trata de establecer el tema en una dinámica y en una perspectiva de interés institucional de respuesta a necesidades de país, en donde todo lo anterior es una etapa que dio origen a todo este esfuerzo, pero que ahora no se trata de dar pasos hacia adelante. Entonces, le queda la duda de cómo van a lograr dar pasos que, efectivamente, permitan romper paradigmas y maximizar. En ese sentido, le parece que es importantísimo en este punto y en otros, que el equipo que ha estado trabajando en el tema, tenga determinados los factores críticos y de éxito, los requerimientos, los temas que puedan dar al traste o pueden garantizar el éxito, porque se está en este punto de inflexión, donde o dan el paso definitivo de calidad, hacia la consolidación de este esfuerzo o se quedan haciendo acciones que van a tener mucho menos significancia.

Respecto de una consulta de la señora Presidenta Ejecutiva, tendiente a conocer cuál es la productividad en un Centro que cuenta con todos los recursos, con el otro que no los tiene, el Dr. Agüero indica que primero, para partir del hecho de que en el documento se incluye una recopilación estadística muy importante. Se ha tenido una tasa de donación cadavérica de alrededor de un 3.5% por millón de personas, a cuatro donantes por año, significa de unos 10 a 12 hígados de calidad que se puedan trasplantar. Generalmente, tanto el grupo del Hospital Calderón Guardia como el del Hospital México, hacen un promedio de cuatro o cinco trasplantes cada uno, la cantidad de trasplantes que se pueden hacer es muy semejante. En ese sentido, la

propuesta de maximizar el Centro es que, independientemente, de quien esté en este momento en la dirección del Centro, es un recurso institucional que se tiene y se puede aprovechar al máximo, toda la inversión en el recurso financiero que se tiene, porque el Centro en infraestructura no es muy amplio, porque como se atienden cirugía de alta complejidad, son pacientes que en ocasiones tienen estancias de tres a cuatro días. Entonces, basado en esas proyecciones que se hicieron y determinando la cantidad de pacientes que con falla renal o falla hepática, se han ido teniendo en los últimos diez años, estadísticamente se proyectó la cantidad de personas que demandan el trasplante, por lo que se estratificó de esa manera. Un aspecto muy importante que se mencionó, en relación con los feudos, es en el sentido de que no se pueden seguir manteniendo, por esa razón es que esa estructura tiene que depender de una coordinación institucional, dado que en estos momentos no existe, que son los ejemplos internacionales que mencionó. Como ilustración, los programas de trasplante de Panamá obedecen a la coordinación nacional de Panamá, los trasplantes de España obedecen a la Organización Nacional de Trasplantes, en Uruguay al Instituto Nacional de Trasplantes. Tiene que existir una dirección que administre y conduzca. Con respecto del tema de los puntos críticos, se realizó un ejercicio muy importante, para levantar todos los procesos e identificar los puntos críticos y los factores de éxito y poder llevar a cabo este proyecto. En ese sentido, la presentación es de una forma muy resumida, porque presenta cuáles son los puntos críticos que se requieren, para poder desarrollar este tema en donación y trasplantes. Destaca que no existe punto de comparación entre los equipos de trasplantes, no solo de hígado sino renales, corneas, entre otros, en el tanto no existan indicadores de control de calidad y en este momento no existe quien los gestione, porque el único organismo que lo podría hacer es una organización institucional, una coordinación que, precisamente, en el tema de rendición de cuentas, controle la medición de las metas que van cumpliendo cada uno de estos equipos. En cuanto a la sobrevida, Costa Rica junto con Argentina, son los dos países que tienen la sobrevida más elevada de trasplante renal, porque les garantiza a los pacientes el tratamiento inmuno-supresor, el cual favorece mucho porque en otros países, si no tienen una aseguradora que le cubra ese tratamiento, o no se trasplanta o el paciente fallece. Por otro lado, dependiendo del paciente que se trasplanta, así va a ser la sobrevida y, por esa razón, es muy importante que exista la regulación y la normalización de quienes realmente ingresen a las listas de espera, para que puedan ser beneficiados con un trasplante, dado que existe regulación y esa dirección tiene que asumirla una coordinación institucional, porque en estos momentos carecen de este órgano a lo interno de la Institución.

Sobre el particular, señala la doctora Sáenz que al analizar el Proyecto, se entiende la lógica de la capacidad instalada y del esfuerzo que se hizo, para tener un sitio acondicionado y cuente con los requisitos, para otorgar una atención oportuna, pero el país no debe tener múltiples Centros de Trasplante Hepatobiliar. Otros centros como el Hospital México han tenido una historia en ese tema y aunque esté acuerdo en la optimización del Centro, porque todavía no se ha logrado a ese nivel y no se han optimizados los recursos existentes, entonces, preguntaría cuál es el perfil del director de ese Centro. Por lo que tomar una decisión en concentrar los trasplantes, se corre el riesgo de que no se logre gobernar. Aunado a ese aspecto, se debería presentar un perfil de ese director, de ese Coordinador, cuáles son las características, cuál es la capacidad que debería tener, porque le parece que esos aspectos se deben definir primero y, después, la concentración. En función de los pacientes no se quiere tomar una decisión que no logre producir el impacto que se está requiriendo, porque es poder realizar trasplantes en una forma óptima, de calidad que responda a un perfil, a una necesidad y que toda la sociedad y la Caja estén satisfechas con el desempeño de ese Centro. Le parece muy bien esa parte de determinar cuál es el perfil del

director del Centro y cuáles son los indicadores de desempeño que se deberían definir. Pregunta si con la experiencia que se ha conocido en otros países, cuál sería ese perfil de desempeño, que debería de tener ese Centro, para luego poder tomar una decisión que, realmente, logre dar esa gobernanza que requiere esa área.

Al licenciado Alvarado Rivera le parece que lo que se quiere es una organización supra oficina de trasplantes o unidad de trasplantes que coordine. Le preocupa mucho cuando el Dr. Agüero indica que se necesita un coordinador, para poder recopilar la información y ejercer el control, porque es parte de la necesidad de demostrar la excelencia, de tener ese equipo de funcionarios que están trabajando y haciendo trasplantes se les muestre toda la información, porque son requisitos para poder tomar decisiones. Si la sobrevida está en esos niveles es excelente y que bueno lo que se está logrando hacer, pero si van a generar una unidad de control, sobre los especialistas que están haciendo trasplante y que van a tener que rendir cuentas a esa función, se debería conocer cuál es la lógica que se quiere, para qué se a nombrar un director o coordinador del Centro, si pareciera que todo está bien. Pregunta si se cree que existe la necesidad de organizar el Centro.

El doctor Agüero Chinchilla indica que garantiza que hay mucha necesidad de organizarlo, porque en el plan de implementación de esta primera etapa, el Centro tendría que realizar el análisis local, porque como esta es una propuesta de modelo institucional, concentra todos los programas. Entonces, tiene que existir este órgano institucional que pueda gestionar e indicar en esta etapa de implementación, por ejemplo, que se tiene la medición de indicadores y se les puede presentar como la organización interna de ese Centro, porque es un aspecto indispensable. Ahora, que se ha tratado de aglutinar estadísticas institucionales, no hay quien lleve una estadística propia en el tema de trasplantes, excepto, los equipos de trasplantes que lo tienen bien claro, en el documento está definido el perfil del coordinador institucional, es decir, el perfil del coordinador del trasplante. Comenta que cada vez que se organiza un operativo de trasplantes, en ese momento, no es tan sencillo hacerlo a nivel institucional. Como ilustración, si la funcionaria del Hospital Calderón Guardia, estuviera de vacaciones, hoy no se podrían procurar un órgano en el Hospital Calderón Guardia. Además, si él no atendiera el teléfono un sábado o un domingo, no hay quien organice un trasplante. Lo que se está haciendo hasta ahora, se ha logrado porque él lo organiza y lo manifiesta porque es la realidad y así va a ser, hasta tanto se exista una adecuada conducción y regulación del tema. Estima que existe una necesidad de organizar el Centro y está completamente de acuerdo, pero no es más que un componente de todo del Modelo de Trasplantes. Si el equipo de trasplantes, únicamente, atendiera este tema se estarían dejando de lado la dirección, la conducción, la planificación y el otro resto de componentes que aún faltan de ser mostrados, por los cuales defiende la necesidad de que el Centro sea aprobado. Por otra parte, se tiene que hacer un análisis muy importante del Centro, aunque no lo es todo en trasplantes, porque hay un grupo muy importante, denominado trasplante cardiopulmonar. El Hospital Calderón Guardia, en estos momentos es el único Hospital en Centro América y el Caribe que pueda hacer trasplante Cardiopulmonar, entonces, hay que maximizar ese Hospital, dado que tienen dos equipos de Soporte Cardiopulmonar. En cuanto a los trasplantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH), relacionadas con el trasplante de médula ósea, es un proceso que casi no se realiza, porque se extrae sangre de la sangre periférica y se está a poco tiempo de poder inaugurar el primer banco público de Centro América, de Córdón Umbilical en el Hospital San Juan de Dios. No ha dado inicio, porque se ha estado generando toda la normativa y una estrategia de comunicación, para mercadear lo que

actualmente se hacía con los bancos privados, es un aspecto muy específico en los Hospitales San Juan de Dios, México y Nacional de Niños, porque son los que tienen la capacidad, para realizar trasplantes de esa naturaleza. El costo de cada trasplante de médula o de células de CPH es de alrededor de veinticuatro o veinticinco millones de colones, por lo que hay que regular muy bien este tipo de trasplantes. Por ejemplo, cuando en el Hospital Nacional de Niños se hace un trasplante cardíaco, los cirujanos extraen el corazón y extraen válvulas. El Hospital San Juan de Dios y el Hospital México las utilizan, dado que extraen vasos sanguíneos de los cadáveres para hacer bypass en otros corazones, ese proceso lo realiza el Banco del Hospital Nacional de Niños y, en este momento, están trabajando con los Especialistas en Ortopedia, para que empiecen a extraer y no comprarlo más, porque se compra fuera del país y no se conoce de dónde procede, para empezar a generar el hueso para sustituir el hueso con cáncer, para fracturas patológicas y cirugías máxilo faciales, entre otros. El Banco de Cordón Umbilical en el Hospital San Juan de Dios tiene un laboratorio único en su especie en toda Centroamérica, es un laboratorio que hace pruebas de histocompatibilidad, son las pruebas que garantizan la mayor compatibilidad entre un donante y un receptor. La idea es que ese laboratorio sea la Seroteca Nacional. Por otro lado, se están integrando a todos los hospitales en una Red, que cómo lo indica la doctora Sáenz, probablemente, se tenga que hacer una revisión de ingeniería industrial en el Centro, pero se podría empezar a gestionar el trabajo de cooperación en los dos hospitales, sin tener que llegar en estos momentos a indicar cuál va a ser el Centro, sin embargo, se podría empezar como una estrategia de trabajo conjunto en ambos equipos. Por ejemplo, planear un plan piloto para maximizar los recursos y los Especialistas del Hospital Calderón Guardia, pueden aprovechar las disponibilidades del Hospital México y se empiece a trabajar, conjuntamente, y se empiezan a medir y así se puede tener un parámetro. En cuanto al organigrama en general, la coordinación institucional tiene que ser un órgano de la Gerencia Médica, porque no se determina la conducción del Proyecto en un hospital, aunque de acuerdo con la Ley N° 9222 de Trasplantes de Órganos, se tendrá una modalidad para trabajar con los hospitales. Según la citada Ley de Trasplantes hay hospitales que son trasplantadores, otros son donantes, por ejemplo, los Hospitales de Cartago, Liberia y hay hospitales que son bimodales, como el Hospital Calderón Guardia, que genera donantes y también hace trasplantes y habrán hospitales que les hacen alerta primaria. Ejemplo, el Hospital de Guápiles se comunica con el equipo de Trasplantes del Hospital Calderón Guardia, que se está trasladando un paciente grave para el Hospital y, eventualmente, no logre continuar viviendo, de modo que si se logra abordar la familia, puede ser un excelente donante y la doctora Villalta tiene conocimiento, que los resultados de esos trasplantes han sido un éxito. La coordinación tendría un Consejo Técnico Asesor Institucional en Donación y Trasplantes, como un equipo por medio del cual, se asesora la gestión y la toma de decisiones que en la Junta Directiva o la Gerencia Médica se tienen que tomar, para que se trabaje en trasplantes y un Consejo en Bioética, porque este es un tema que tiene que garantizar la transparencia. En estos momentos los costarricenses creen en la Caja y cada año aumentan las donaciones. Por ejemplo, el año pasado se generaron 18 donantes y este año al mes de abril, se han producido 21 donaciones. Por lo que la coordinación tendrá que tener un componente de gestión administrativa y logística, los coordinadores hospitalarios que en este momento trabajan ad honorem, muchas veces deberían ser un Staff de la coordinación, porque aunque trabajen en los hospitales, pertenecen a la coordinación, de tal manera que sería un asesor directo del gestor hospitalario para la toma de decisiones y la organización logística de todo el proceso. Por otra parte, la Ley de Trasplante de Órganos establece que en cada hospital debe existir un coordinador del proceso. El perfil de ese Coordinador fue diseñado en la Subárea de Clasificación y Valoración de Puestos gracias a los funcionarios del Área de Clasificación y

Valoración de Puestos y Salarios. El laboratorio que es la Seroteca que tiene el Hospital San Juan de Dios hay que maximizarlo y en un futuro cercano que se tenga el Banco Multitejidos. Por otro lado, se determina la conveniencia de que se concentre el trasplante de corneas, piel, tejidos para que se logre regular, mediante un componente de regulación y normalización, en el cual se incluye el registro de trasplantes. Además, informa que el Ministerio de Salud comunicó que tiene los fondos necesarios para iniciar el Registro Nacional de Donación y Trasplantes y se va a trabajar conjuntamente con la Dirección de Tecnologías de Información de la Caja, para que sea un programa articulado y bajo los estándares que también la Institución va a requerir. En otro apartado, señala que el planteamiento a la Junta Directiva es que apruebe este Plan de Proyecto de Modelo, el cual es lo más cercano a lo que se puede hacer en Costa Rica, con una estrategia de desarrollo para la primera etapa. Se requiere que la Gerencia Administrativa colabore en el esquema remunerativo y en ese tema, los funcionarios de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, explicarán el detalle de lo que se ha trabajado respecto del tema y la estimación de costos, correspondiente a la implementación de la primera etapa del Modelo. Destaca que en el año 2008, cuando se creó el Centro de Trasplante Hepático para dar cobertura a la atención de la Patología Hepatobiliar, no incluyó la población pediátrica.

Interviene la doctora Villalta Bonilla y señala que desde principios de año, se ha estado trabajando con el Hospital Nacional de Niños, para coordinar la apertura de la unidad de los trasplantes de niños. Lo que sucedió fue que en primera instancia, en el acuerdo del año 2008 no fue incluida la población pediátrica y no ha sido incluido en algún acuerdo a la fecha, de manera que el Centro de Nacional de Trasplantes, no cubre la población pediátrica, por esa razón por se está cubriendo. Dado que se indicó que en Hospital Nacional de Niños, se iba a desarrollar pero no se hizo, entonces, en el acuerdo quedó así, entre el reordenamiento que se está haciendo con el Centro de Trasplante Hepático, es para solicitarles que puedan trabajar con los niños y realizar trasplante en el Hospital Nacional de Niños. Sin embargo, ayer se recibió una propuesta donde el Hospital Nacional de Niños, está solicitando los requerimientos de las plazas, pero en este momento, es importante dejar claro que no se están autorizado o no está incluido, dentro de la oferta de servicios que presta la Institución, es decir, el trasplante hepático en la población infantil.

Sobre el particular, señala el Dr. Agüero Chinchilla que la Gerencia Médica giró instrucciones, para que el Plan del Hospital Nacional de Niños se analice, en términos de todos los componentes logísticos, administrativos y que puedan generar esta primera práctica, en el sentido de presentar a un Consejo el análisis de un plan. Si se lograra avanzar con esta primera etapa, en el entendido de que hay que realizar un estudio muy importante de ingeniería, para proponer la estructura del Centro de Trasplante que les permitiría avanzar en el Proyecto.

El Directora Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, en cuanto a la generación de infraestructura administrativa para atender a los pacientes, ese aspecto sería un obstáculo para tomar decisiones, porque cuando se indica que se necesita generar nuevos perfiles, para que se aumente la remuneración de esos Especialistas. Reitera, su preocupación, porque se empieza a determinar costos y no se observa mejorar el servicio al paciente, es decir, cómo se logra traducir el incremento de los costos en un aumento de la eficiencia y la efectividad en los trasplantes. Le preocupa porque de acuerdo con lo que señala el Dr. Agüero, en términos de que se va a establecer el Programa y se empezará a implementar el Proyecto, pareciera que la Institución no tenga ningún logro en el tema de trasplantes. Sin embargo, se ha tenido mucho

éxito en los trasplantes, tanto que don Rolando Barrantes manifiesta esa satisfacción de lo que hace la Institución, a pesar de que no se ha tenido la estructura administrativa para alcanzar el objetivo. Su pregunta es cuánto es necesario, entiende lo que el Dr. Agüero está explicando, la necesidad de ir tomando la información, generando los espacios, todos esos aspectos los entiende y, reitera, le preocupa si es indispensable, si se piensa en que la Institución tiene los recursos limitados y se han venido alcanzando los objetivos. Entonces, se plantea la construcción de una infraestructura en términos de todo ese organigrama, para poder seguir avanzando o maximizando recursos. Le gustaría conocer cuál es el costo beneficio y cuáles son las metas proyectadas en el tiempo y que significarán una superación de lo que hoy tiene. En ese sentido, se lograría tener la valoración del costo-beneficio, si toda esta infraestructura que es administrativa, permitirá alcanzar metas que como país, de pasar de A a B y para ese objetivo, se tiene un impedimento material, porque no se tiene la infraestructura y la logística para poder alcanzar esa meta.

El doctor Agüero Chinchilla comenta que en el año 2011, cuando asumió la Coordinación y se le envió a capacitar, conoció que en esta Institución no había normalización en el tema de trasplantes, no existía una coordinación interhospitalaria para la asignación de órganos, cuando se tenía un posible donante, cada hospital aplicaba sus protocolos y por esa situación. En el año 2013, cuando el Ministerio Público indaga sobre el tema de trasplantes e, inclusive, la Auditoría realizó un informe para ese año, determinó una serie de irregularidades que existían por la carencia de normalización, de conducción y la necesidad de que existiera una coordinación. En el momento en que la doctora Villalta Bonilla asume la Gerencia Médica, asigna la coordinación de una manera más oficial y en dos años y medio en que se ha tenido una conducción sobre el tema, se aumentó la cantidad de donantes cadavéricos y cada año, van a aumentando en uno o dos puntos porcentuales, ese es un factor de éxito. Se han establecido proyectos de cooperación internacional para la asesoría técnica y capacitación, por esa razón, en este momento se están formando en donación y trasplantes 125 funcionarios. Se logró consolidar una política de trasplantes, porque no había política pública en trasplantes. Se colaboró y se diseñó la Ley de Donación y Trasplantes que se aprobó el año pasado. Recién saliendo el Gobierno pasado y se ha ido mejorando el tema de la conducción y la regulación de los procesos, lo que ha permitido desarrollar una mejor recepción de órganos. Si esos aspectos se han mejorado en 28 meses, con la asignación de una coordinación, se puede garantizar que se puede hacer mucho más y no, necesariamente, con una movilización de recursos únicos para coordinación, porque no es crear una gran estructura administrativa. La coordinación perfectamente puede trabajar con una persona en administración que realice la gestión y la logística, con un refuerzo más en profesional de trasplantes y en estos momentos personal administrativo formado, que horizontalmente se podría trasladar a trabajar en el Centro y fortalecer todos los componentes que existen a nivel institucional. Entonces, no es crear una gran estructura administrativa porque no es necesaria, pero es necesario el aporte de más recursos humano para fortalecerlo y la coordinación se empodere y pueda llevar a cabo, todo el plan funcional que se tiene para esta primera etapa. Destaca que hace dos semanas se formó un grupo de 54 funcionarios a nivel institucional, con el apoyo de expertos argentinos y, en el mes de diciembre del año pasado se había formado 52 funcionarios. Además, se tiene planeado como fortalecer un plan de formación en donación y trasplantes, porque tampoco se tiene mucho recurso humano formado en este tema. Hay diferentes componentes del Modelo, que iniciar con esta primera etapa y se podría ir evidenciando en diferentes fases, como ir consolidando toda la estrategia que se tiene para trasplantes.

El Director Devandas Brenes manifiesta su satisfacción por la propuesta, porque determina una visión de futuro, que en ocasiones no es posible porque más bien se analiza el tema, pero se está observando una proyección y al avanzar el proyecto se complicará, dado que el país se está complicando y por esa razón, le llama la atención y, repite, le satisface la exposición y el trabajo que se ha estado haciendo y la propuesta por esa visión prospectiva, no de administrar solo lo que hay sino lo que se puede presentar. Conoce que en la Caja es difícil, pero le parece que en el futuro estos niveles de coordinación deberían ser, paulatinamente, dotados de un mayor nivel de autoridad. Siente que en la Caja es necesario coordinar pero también, hay que establecer algunos niveles disciplinarios, porque los procesos deben ser coordinados y en ese sentido, se tiene que designar un responsable, sobre todo en los temas en que hay que tomar decisiones urgentes y cree que es correcto, que en esta etapa se esté haciendo referencia de un nivel de coordinación, pero que en el futuro, habría que ir evaluando como dotarlo de una mayor capacidad resolutive, para que la coordinación entre los centros sea mayor.

La Directora Alfaro Murillo manifiesta que la propuesta es prioridad, al igual que muchos otros temas que se han discutido, pero sobre todo quiere enfatizar en que esta propuesta está sustentada, por la legislación que fue aprobada hace dos años y que no permite no hacerlo. Hay que partir de que no es solamente una iniciativa de la Institución, se aprobó un marco normativo hace dos años, en el que se establece que se va establecer esta estructura en la Caja Costarricense de Seguro Social, entonces, ante esa situación están: 1) que nada frente a un mandato de ley que establece esto y 2) Una necesidad del país. Comenta que le tuvo el privilegio de estar en la discusión de la Ley y haber aprobado el Proyecto de Ley, tanto en la Comisión de Asuntos Sociales como en el Plenario Legislativo esta Ley y en el proceso de discusión, una de las grandes dudas y muchas de las preguntas que se hicieron, fueron en términos de que se tiene en este país. Recuerda muy bien las repuestas que dieron y fueron: no tenemos, no podemos aprovechar, y a veces hay donantes y no se tiene una infraestructura determinada que permita aprovechar, entonces, se tiene a la persona que está ocupando el órgano en un Centro Médico, se tiene el cadáver, el donante, se tiene el órgano que otra persona ocupa, pero como no se tiene el sistema, la persona, eventualmente, falleció porque no le llegó el órgano. Esa situación es impensable en un país, sobre todo donde las distancias son pequeñas, este no es país desde el punto de vista territorial, en se indique que no se puede realizar ese transporte, entonces, le parece que como bien indica don Mario Devandas, es importantísimo. Insiste en que responde a un mandato de Ley y se tiene que cumplir. Por otro lado, a veces estos aspectos son difíciles que las Instituciones logren avanzar, sobre todo una Institución tan compleja como ésta, pero indiscutiblemente ante la iniciativa que han tenido estos funcionarios, le parece que lo mínimo que puede hacer la Junta Directiva, es darle hoy apoyo e indicarles que se continúe con el trabajo que Costa Rica demanda, a través de los legisladores, un Sistema de Atención a todo el esquema de donación y trasplante de órganos. Siente que más bien se debería motivar a este grupo, para que en el corto plazo se pueda avanzar con mayor celeridad, para que el país cuente con el sistema y se logren salvar muchas vidas, por medio de este proceso.

El Director Gutiérrez Jiménez reconoce el excelente trabajo que se ha hecho en el tema de Trasplantes. Comenta que el doctor Agüero y él tuvieron una experiencia hace unos meses, cuando una persona estuvo alrededor de un mes internada, porque requería de un trasplante. Todos los funcionarios encartados gestionaron tratando de localizar un donante y al final de la búsqueda, el paciente falleció. Cada día era una lucha contra el tiempo tratando de conseguir un

órgano, la Institución se activó y se determinó que no se tenía la capacidad instalada para reaccionar, es así como surge la iniciativa. Hoy día puede entender que se tiene una propuesta que se debe apoyar, porque el equipo ha realizado un esfuerzo significativo y han establecido una línea por seguir. Le parece que se debería tomar en cuenta lo que indicó don Renato Alvarado para futuro. Estima que el Centro se debe fortalecer y continuar con el trabajo salvando vidas y, luego, se cuestionan los aspectos que correspondan, pero en este momento no se tienen realizando trasplantes a 16 ni 18 especialistas, todavía más preocupante es en el sentido de que no se tiene la materia prima para realizar los trasplantes. Lo que tiene es un Centro con capacidad, y con recursos financieros disponibles, con accesorios y personal, dado que cuenta con cuatro médicos, por lo que se podría entender todos esos cuestionamientos. Le parece es que se les debe dar apoyo, se realicen los controles y continuar con lo que decida la Junta Directiva. Tanto la doctora Sáenz Madrigal como don Renato Alvarado, han indicado aspectos significativos que no se pueden descartar en la balanza del equilibrio del Centro. Su reacción es en la línea de doña Marielos Alfaro, en términos de que en este momento, lo que se tiene que salvar son vidas y se impone que esta es la razón que se ha encontrado; por lo menos en este momento, se debería continuar y cuestionarse a futuro, cuáles serían las mejores opciones, pero no cree que porque en este momento se concentren, a un futuro no se conciban otros centros como deseablemente deberían de existir.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-2830-2015, del 23 de marzo del año en curso, que firma la señora Gerente Médico, y habiéndose realizado la presentación el Informe de avance del Modelo de Gestión: “Red Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células”, por parte del doctor Marvin Agüero Chinchilla, Coordinador Técnico del Programa Institucional de Donación y Trasplante, y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: dar por recibido el informe de avance del “Modelo de Gestión en Red para Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células”, presentado por la Gerencia Médica mediante el referido oficio número GM-SJD-2830-2015.

ACUERDO SEGUNDO: aprobar la primera etapa del Modelo de gestión Red de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células”, que ha sido presentado por la Gerencia Médica, por medio del oficio número GM-SJD-2830-2015, excepto lo relacionado con el Centro de Trasplante Hepático; lo anterior con el fin de continuar con el apoyo intergerencial para las estrategias que se requieran para su implementación.

ACUERDO TERCERO: instruir a la Dirección Administración y Gestión de Personal de la Gerencia Administrativa, para que, en un plazo de un mes, presente ante la Junta Directiva, la propuesta de remuneración del *Modelo de Gestión en Red para Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células*.

ACUERDO CUARTO: instruir a la Gerencia Médica, para que, en un plazo de un mes, se realice un estudio sobre la capacidad del Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar, a la luz de la adaptación a los requerimientos de la población.

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

El doctor Agüero Chinchilla y el equipo de trabajo que lo acompaña se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 11°

Conocida la información que presenta la señora Presidenta Ejecutiva, que concuerda con los términos del oficio número P.E. 26.114-15, suscrito por la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, y considerando:

- 1) La importancia de capacitar al personal institucional en el cálculo del indicador de los años de vida saludables.
- 2) La necesidad de capacitación en el tema de cálculo de años de vida, para el personal de la Dirección Actuarial está contemplada en el *Diagnóstico de necesidades de capacitación y formación y de la Presidencia Ejecutiva y unidades adscritas*.
- 3) Que la licenciada Jacqueline Castillo Rivas es la funcionaria responsable de la Dirección Actuarial para realizar los estudios de carga de enfermedad,

teniendo a la vista la comunicación del 5 de los corrientes, número DE-2116-2115, suscrita por la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), la Junta Directiva –unánimemente- -aprobar los extremos que se detallan, a favor de la Msc. Jaqueline Castillo Rivas, Jefe del Área de Estadística de la Dirección Actuarial, para realizar el *Curso Global Technical training workshop: Understanding the pathway from data to DALY'S*, que se llevará a cabo en Grecia, del 12 al 22 de mayo del año 2015.

- 1) Permiso con goce de salario del 10 al 24 de mayo del año 2015.
- 2) Pago de matrícula, material didáctico, hospedaje y alimentación durante los días del Curso por \$5750 (cinco mil setecientos cincuenta dólares).
- 3) Pago de viáticos de ley por la suma de \$260 USD (doscientos sesenta dólares) diarios, a Grecia, según tabla de la Contraloría General de la República, por cuatro días, durante los traslados.
- 4) Pago de tiquetes aéreos por \$1627 USD (mil seiscientos veintisiete dólares) y traslados por \$162 USD (ciento sesenta y dos dólares)) por un total único de \$1789 USD (mil setecientos ochenta y nueve dólares).

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

ARTICULO 12°

Se dispone reprogramar la presentación de los asuntos de la Gerencia Médica, que se detallan (notas firmadas por la Gerente Médico):

- 1) Oficio N° GM-SJD-2832-2015, del 23 de marzo del año 2015: atención artículo 12°, sesión N° 8766: presentación situación sobre el Crizotinib e impacto institucional de los medicamentos de alto costo.
- 2) Oficio N° GM-SJD-47844-14, de fecha 25 de noviembre del año 2014: presentación informe técnico visitas técnicas a Laboratorios de Fertilización In-Vitro y Transparencia Embrionaria en México.

ARTICULO 13°

Se acuerda fijar una sesión extraordinaria para el martes 12 de los corrientes, de 8 a.m. a 12 m.d., para tratar los siguientes temas:

- D) **Gerencia Financiera:** oficios firmados por el Gerente Financiero:
 - a) **Oficio N° GF-12.403-15**, del 17 de abril del año 2015: propuesta Política y estrategia de inversiones del Seguro de Salud del año 2015.
 - b) **Oficio N° GF-12.402-15**, del 17 de abril del año 2015: propuesta Política de Inversiones a la vista de los Seguros de Salud y Pensiones del año 2015.
 - c) **Oficio N° GF-12.105-15**, fechado 28 de abril del año 2015: informe sobre acciones desarrolladas por el Equipo interinstitucional y propuesta de lineamientos para la instrumentalización de la deuda del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social.
 - d) **Oficio N° GF-12.910-15**, del 27 de abril del año 2015: informe de ejecución presupuestaria del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de marzo de 2015.
 - e) **Oficio N° GF-12.979-15**, del 30 de abril del año 2015: presupuesto extraordinario N° 01-2015 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo de Pensiones.

Proyectos de ley: se externa criterio.

- i. ***Expediente N° 18.970, Proyecto ley Fondo de Producción Audiovisual Bicentenario, modificar el artículo 1, el artículo 2 y adicionar un nuevo Capítulo VI a la Ley número 6158 Creación del Centro Costarricense de Producción Cinematográfica del 25 de noviembre de 1977.*** Se traslada a la Junta Directiva mediante la nota fechada 21 de abril del presente año, número PE.25.942-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia de la comunicación del 21 de los corrientes,

número CTE-066-2015, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia y Tecnología, de la Asamblea Legislativa. Externa criterio mediante oficio N° GF-12.675-15 del 04-05-15.

- ii. ***Expediente N° 18.329, Proyecto ley fortalecimiento de la gestión de cobro de la Caja Costarricense de Seguro Social y responsabilidad nacional con la Seguridad Social.*** Se traslada a las Secretaría de Junta Directiva la nota fechada 27 de abril del presente año, número PE.26.016-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva; se anexa copia de la comunicación del 21 de los corrientes, número AL-DSDI-OFI-101-14-15, suscrita por el licenciado Marco William Quesada Bermúdez, Director del Departamento de Secretaria del Directorio, Asamblea Legislativa.

II) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: notas firmadas por la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías:

- a) **Oficio N° GIT-10002-2015 (756-2015)**, del 17 de abril del año 2015: informe sobre avance del proyecto ETAPA 2, construcción y equipamiento de los Edificios Torre Este, obras complementarias para el Hospital Calderón Guardia.
- b) **Oficio N° GIT-10076-2015 (235-2015)**, de fecha 27 de abril del año 2015: propuesta adjudicación licitación pública N° 2013LN-000008-3110 para la adquisición de esterilizadores de propósito general (autoclaves).
- c) **Oficio N° GIT-10077-2015 (830-2015)**, fechado 22 de abril del año 2015: propuesta adjudicación de la licitación pública 2014LN-000002-4402, oferta uno a favor de la Empresa SIEMENS S.A., por un monto total ofertado de US\$1.200.000,00 (un millón doscientos mil dólares), promovida para la adquisición de un “*Sistema de simulación por tomografía para planeación de radioterapia y readecuación de espacios físicos*”, en el Servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios.
- d) **Oficio N° GIT-10112-2105 (137-2015)**, de fecha 28 de abril del año 2015: propuesta adjudicación licitación pública 2014LN-000001-4402, promovida para la adquisición de sistema de angiografía celiático y readecuación del Servicio de Hemodinamia del Hospital Calderón Guardia.

III) Proyectos de ley, Gerencia Médica: *solicitud prórroga para dar respuesta.*

Proyectos de ley: se externa criterio y se propone solicitar una prórroga de ocho días hábiles para dar respuesta:

- i. ***Expediente N° 18.547 LEY DE GREACIÓN DEL CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD (originalmente denominado: Reforma Integral a la Ley de Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, No. 5347 del 3 de setiembre de 1973 y sus Reformas.*** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota del 11 de febrero del 2015, N° PE.9448-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: anexa copia de la comunicación fechada 10 de febrero del año en

curso, número SD-74-14-15, suscrita por el señor Luis Alberto Vásquez Castro, Primer Secretario, Departamento Secretaría del Directorio de Asamblea Legislativa. Externa criterio mediante oficio N° GM-SJD-3971-2015 del 13 de abril del año 2015.

- i. ***Expediente número 19.446, Proyecto reforma integral de la Ley General de Centros de Atención Integral, N° 8017 del 29 de agosto del 2000.*** Se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota fechada 4 de marzo del presente año, número PE.24.759-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia de la comunicación del 4 de los corrientes, número CAS-778-2015, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. Externa criterio mediante oficio N° GM-SJD-3970-2015 del 13 de abril del año 2015.

Se solicita prórroga 15 días hábiles para contestar:

- ii. ***Expediente N° 19.270, Proyecto ley para erradicar el consumo de alcohol en los conductores de vehículos automotores.*** Se traslada a la Secretaría de Junta Directiva mediante la nota fechada 16 de abril del presente año, número PE.25.878-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 15 de abril del año en curso, número CJNA-953-2015, suscrita por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Juventud, Niñez y Adolescencia, de la Asamblea Legislativa. Solicita prórroga quince días hábiles para externar criterio mediante oficio N° GM-SJD-5295-2015 del 04 de los corrientes.
- iii. ***Expediente N° 19.350, Proyecto ley adición párrafo segundo al artículo 56, derogatoria del artículo 120 y modificación del artículo 345, inciso 4, todos de la Ley General de Salud, Ley N.º 5395, para incluir la recomendación farmacéutica y eliminar la venta libre de medicamentos.*** Se traslada a la Junta Directiva mediante la nota fechada 13 de enero del año 2015, suscrita por la Máster Georgina García Rojas, Asesora Parlamentaria, Departamento de Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa. Solicita prórroga quince días hábiles para externar criterio mediante oficio N° GM-SJD-5297-2015 del 4 de mayo en curso.
- iv. ***Expediente número 19368, Proyecto ley para el control de poblaciones de insectos vectores de enfermedades*** Se traslada a la Junta Directiva mediante nota fechada 21 de abril del presente año, número PE.25.941-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia de la comunicación del 21 de abril del presente año, número CTE-2015, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia y Tecnología, de la Asamblea Legislativa. Solicita prórroga quince días (21-05-15) hábiles para externar criterio mediante oficio N° GM-SJD-5298-2015 del 04-05-15.

ARTICULO 14°

Se dispone tratar en la sesión del 14 de mayo en curso los temas que se especifican:

- 1) **Gerencia de Logística:** notas firmadas por la señora Gerente de Logística:
 - a) **Oficio N° GL-16.407-15**, de fecha 20 de abril del año 2015: avance sobre la importación directa, específicamente, referido a la adquisición de insumos de traumatología y ortopedia.
 - b) **Oficio N° GL-16.474-15**, de fecha 30 de abril del año 2015: presentación informe sobre las compras de –Pruebas efectivas de Laboratorio Clínico-.
- 2) **Gerencia de Pensiones:** oficios suscritos por el Gerente de Pensiones.
 - a) **Oficio N° GP-26.413-15**, de fecha 23 de abril del año 2015: segundo informe avance de acciones en relación con el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre SUPEN-UCR-CAJA (valuación actuarial del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte).

Proyectos de ley: se externa criterio.

- i. **Expediente N° 17305, Proyecto autonomía de las personas con discapacidad, consulta en relación texto sustitutivo.** Se traslada a Junta Directiva la nota del 13 de abril del presente año, N° PE.25.839-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 9 de los corrientes, número CEPD-248-15, suscrita por la licenciada Ericka Ugalde Camacho, Jefa de Área de la Comisión Especial que Estudia los Temas de Discapacidad, la Asamblea Legislativa; (34°, 8773). Se distribuye el oficio N° GP-26.560-15 del 05-05-15.
- 3) **Gerencia Administrativa:** comunicaciones firmadas por el Gerente Administrativo:
 - a) **Oficio N° GA-22503-15**, del 27 de marzo del año 2015: informe sobre concursos para nombramientos en propiedad en la C.C.S.S., I tracto 2015.
 - b) **Oficio N° GA-22648-15/DJ-2502-15**, de fecha 30 de abril del año 2015: atención artículo 3°, sesión N° 8729 del 11-08-14: presentación análisis en conjunto con la Dirección Jurídica al “*Reglamento Interno contra el Hostigamiento Sexual en el empleo y la docencia en la Caja Costarricense de Seguro Social*”, en relación con la solicitud de modificación, para establecer plazos claros a los responsables, para el trámite de este tipo de denuncias y casos.
 - 4) **Procesos Contenciosos** (presentación a cargo Dirección Jurídica).

5) Informes de la Dirección Jurídica:

- a) **Oficio N° DJ-02188-2015**, del 14 de abril del año 2015, que firman los licenciados Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector Jurídico, y Mario Cajina Chavarría, Jefe a.i. del Área de Gestión Judicial: presentan información sobre los procesos judiciales

mencionados en el oficio de la Unión Médica Nacional, número UMN-177-2015 del 8 de abril del presente año (se atiende lo resuelto en el artículo 3° de la sesión número 8770, celebrada el 9 de abril del año 2015).

- b) **Oficio N° DJ-1815-2015**, del 7 de abril del año 2015, suscrito por el Lic. Edwin Rodríguez Alvarado, Director Jurídico a.i., la Licda. Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y el Lic. Guillermo Mata Campos, Abogado de la Dirección Jurídica (estudio y redacción): se atiende lo resuelto en el artículo 25° de la sesión N° 8765; se externa criterio respecto de la interpretación jurídica sobre los alcances del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.
- 6) **Proposiciones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:**
- a) **Oficio N° DPI-134-15**, de fecha 27 de marzo del año 2015, firmado por el Director de Planificación Institucional: atención artículos 15° de la sesión N° 8726 y 11° de la sesión N° 8762: *Informe estado de avance en el cumplimiento de las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República dirigidas a la Presidencia Ejecutiva y Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social con corte al 28 de febrero de 2015.*
- b) **Oficio N° P.E.-25.951-15**, del 22 de abril del año 2015: informe integral: “Acuerdos de Junta Directiva pendientes”, Dirección de Planificación Institucional.
- c) **Informe relativo al reforzamiento estructural del edificio de las Oficinas Centrales.**
- 7) **Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.**
- a) **Planteamiento del Director Loría Chaves:** en relación con el sistema co-pago de las atenciones especializadas en el Centro Nacional de Odontología.
- b) **Planteamientos de la Directora Alfaro Murillo:** en relación con los siguientes temas:
- Informe de la carta de intenciones firmada entre CCSS y Ministerio de Hacienda sobre la deuda del Estado con la Institución.
 - Informe sobre los proyectos y recursos disponibles de los fondos de cáncer que maneja el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer.
 - Solicitud de informe sobre la situación laboral de los agentes de seguros del INS (Instituto Nacional de Seguros).
- 8) **Auditoría.**

- a) **Nota del 9 de febrero del año 2015**, firmada por Auditor y Subauditor: *Informe gerencial sobre actividad desplegada por la Auditoría durante el período 2014.*
- 9) **Discusión en cuanto a las Consideraciones para la selección y nombramiento Asesores de Junta Directiva** (documento distribuido).
- 10) **Correspondencia.**

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