

Jueves 25 de febrero de 2016

N° 8827

Acta de la sesión ordinaria número 8827, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 25 de febrero de 2016, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La Directora Alfaro Murillo informó que retrasará su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1°

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

ARTICULO 2°

Se somete a aprobación la agenda distribuida para la sesión del día de hoy, que seguidamente se transcribe, en forma literal:

I) Comprobación de quórum.

II) Aprobación agenda.

III) Meditación a cargo del Director Gutiérrez Jiménez.

IV) Aprobación acta de la sesión número 8820.

V) Correspondencia.

VI) Gerencia de Pensiones.

VII) Gerencia Administrativa.

VIII) Gerencia Médica.

- a) **Oficio N° GM-SJD-6469-2016** de fecha 01 de febrero del 2016 que actualiza la nota N° GM-SJD-53820-2015: Informe sobre listas de espera enero – diciembre 2015.
- b) **Oficio N° GM-SJD-5421-2016** de fecha 12 de febrero del 2016: Informe Gestión Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México.
- c) **Oficio GM-SJD-7432-2016** de fecha 15 de febrero del 2016: propuesta de declaratoria de inviabilidad para la prestación de servicios de Farmacia para el Área de Salud de Cartago.

d) Oficio N° GM-SJD-6890-2016 de fecha 04 de febrero del 2016: informe accesibilidad para el uso de medicamentos para la atención de pacientes con Alzheimer (24°, 8822); *se atiende lo solicitado por la Directora Alfaro Murillo.*

e) Propuesta beneficios para estudio:

e.1 Oficio N° GM-SJD-7433-2016 de fecha 12 de febrero del 2016: propuesta de beneficios para estudio a favor del Dr. Byron Eduardo Rodríguez Muñoz, Médico Asistente Especialista del Servicio de Radiología del Hospital México, para realizar Curso de Alta Especialidad “Imagenología del Sistema Músculo Esquelético”, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, México del 01 de marzo 2016 al 28 de febrero del 2017.

e.2 Oficio N° GM-SJD-7434-2016 de fecha 12 de febrero del 2016: propuesta de beneficios para estudio a favor del Dr. Orlando Daly Mullins, Médico Asistente Especialista del Servicio de Ortopedia del Hospital México, para realizar Subespecialidad en Alta Especialidad en Cirugía Articular y Medicina del Deporte, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, México, del 1° de marzo 2016 al 28 de febrero del 2017.

VIII) Moción de revisión planteada por el Director Loría Chaves: criterio de la Dirección Jurídica en relación con el recurso de apelación y otras defensas presentadas por los investigados: Douglas Montero Chacón, Carlos Chaverri Montero y Sofía Bogantes Ledezma contra el traslado de cargos emitido dentro del procedimiento administrativo de responsabilidad disciplinaria número GM-PAD-AJD 02-2015.

IX) Gerencia de Logística.

a) Oficio N° GL-43.311-16 de fecha 11 de febrero de 2016: atención artículo 7°, sesión N° 8816 del 10-12-15: informe relacionado con la denuncia interpuesta por la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Neurocirugía por la adquisición del producto “válvulas para hidrocefalia”.

b) Propuesta adjudicaciones concursos:

b.1 Oficio N° GL-43.363-16 de fecha 16 de febrero de 2016: propuesta adjudicación procedimiento N° 2015ME-000127-05101, a través de la plataforma electrónica Compr@red: oferta única en plaza a favor de Inversiones y Desarrollos MORRO S.A., ítem único: 500.000 (quinientos mil) frascos, cantidad referencial, de Insulina humana cristalina biosintética de acción intermedia 100 UI/ml., solución estéril, frasco ampolla con 10 ml.

b.2 Oficio N° GL-43.364-16 de fecha 16 de febrero de 2016: propuesta adjudicación procedimiento N° 2015ME-000131-05101, a través de la plataforma electrónica Compr@red: oferta N° 03 (tres) a favor de Inversiones Río Berdaume Ltda., oferta en plaza: ítem único: 266.000 (doscientos sesenta y seis mil) cientos,

cantidad referencial, de calcio iónico 300mg. (*equivalente a 750 mg., de carbonato de calcio*).

X) Gerencia Infraestructura y Tecnologías:

- a) **Oficio N° GIT-3249-16** de fecha 18 de febrero de 2016: atención artículo 13°, sesión N° 8821: propuesta “*Líneas estratégicas en Tecnologías de Información y Comunicación para la CCSS*”.
- a) **Oficio N° GIT-3130-16** de fecha 8 de febrero de 2016: atención artículo 8°, acuerdo segundo de la sesión N° 8812: informe sobre oferta y demanda insatisfecha –Servicios de Gestión de Citas Telefónicas de la CCSS a partir de SIAC del Expediente Digital Único en Salud.
- b) **Oficio N° GIT-3243-16** de fecha 17 de febrero de 2016: propuesta adjudicación licitación pública N° 2015LN-00012-05101: oferta 01 (uno) GBM de Costa Rica S.A.: cuyo objeto contractual es “*Reforzamiento de Plataforma Tecnológica Institucional mediante la adquisición de 48 servidores tipo Blade, un sistema de Almacenamiento con una capacidad cruda de 200 Tera bytes y licenciamiento vmware para 20 de los 48 servidores Blade para el establecimiento de un cluster de virtualización*”.

XI) Gerencia Financiera.

- a) **Propuesta aprobación modificación presupuestaria Seguros de Salud y de IVM.**

XII) Informe de la Dirección Jurídica:

- a) **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*.

XIII) Propuesta para celebrar Asamblea de accionistas de la Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la Caja, número 65 (sesenta y cinco): presentación informes correspondientes al II y III trimestre del año 2015

XIV) Nota fechada 10 de febrero de 2016, suscrita por el Dr. Oscar R. Fallas Camacho, Vicepresidente de la Junta Directiva CCSS: atención artículo 6°, sesión 8822 del 28-01-16: informe relativo al DFOE-SOC-IF-26-2015 “*Auditoría operativa ejecutada en la Caja Costarricense de Seguro Social sobre la eficiencia y eficacia de la gestión del servicio de consulta externa-medicina general en el primer nivel de atención*”.

XV) Auditoría.

- a) **Oficio N° 49883** de fecha 10 de febrero de 2016: informe gerencial sobre la actividad desplegada por la Auditoría Interna durante el período 2015.

XVI) Propositiones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:

- a) Oficio N° P.E. 0365-2016 de fecha 9 de febrero de 2016: invitación a la señora Presidenta Ejecutiva para que participe como expositora en la Conferencia **“Presentación del Estudio Financiero Actuarial EsSalud-2015”**, que se realizará el 9 de marzo del año 2016, en el Auditorio Samuel Gleiser de la Cámara de Comercio, en Lima, Perú; se anexa nota GCSPE-ESSALUD-2016, firmada por el señor Felipe Chu Wong, Gerente General de Seguros y Prestaciones Económicas EsSalud; *los gastos de traslado, estadía y alimentación serán sufragados por la OIT.*

b) Dirección de Planificación Institucional:

- b.1 Oficio N° DPI-341-15** del 27 de julio del año 2015: por lo expuesto, se requiere de un plazo adicional a los tres meses para cumplir con lo solicitado en el punto número 7 del artículo 24° de la sesión N° 8773 (***abordaje integral listas de espera***); se solicitó que: *“... se analicen modalidades de pago distintas o adicionales a las que ya se tienen y que, además, se presente una propuesta para el abordaje integral de las listas de espera que apunte a la mejora en la gestión y en la reducción del tiempo de espera”*.

Anotación: en la agenda de la sesión de esta fecha, en el capítulo de la Gerencia Médica, se presenta el oficio número GM-SJD-6469-2016, que contiene el Informe sobre listas de espera enero – diciembre 2015.

- b.2 Oficio N° DPI-093-16, del 22 de febrero del año 2016:** 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 31 de enero del año 2016.*** **Nota:** este informe actualiza el que se presentó mediante las notas números N° DPI-134-15, DPI-345-15 y DPI-532-15, en su orden, del 27 de marzo, 28 de julio y 10 de noviembre del año 2015.

- b.3 Oficio N° DPI-092-16, de fecha 22 de enero del año 2016:** **“Acuerdos de Junta Directiva pendientes con fecha corte al 31 de enero de 2016”**. **Nota:** este informe actualiza el presentado por medio de la comunicaciones números P.E.-25.951-15 de fecha 22 de abril de 2015, firmada por la señora Presidenta Ejecutiva; DPI-356-15 y DPI-531-15, en su orden, de fecha 28 de julio y 10 de noviembre del año 2015.

XVII) Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.

a) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:

- a.1 Solicitud valoraciones actuariales SEM CCSS 2014 y 2015.
- a.2 Revisión de situación del Régimen de Cesantía en la CCSS para ajustarlo a la ley y del régimen de pluses salariales en la CCSS para viabilizar los ajustes necesarios para el fortalecimiento de la equidad y de la sostenibilidad financiera institucional.
- a.3 Instrucción a Gerencias de la CCSS para cumplimiento de lo dispuesto en artículo 18 de la Ley de Control Interno.
- a.4 Solicitud de revisión del estado de situación y seguimiento Disposiciones de la Contraloría General de la República dirigidas a la Junta Directiva.
- a.5 Propuesta sobre necesidad de una evaluación del sistema actual de adquisición de medicamentos y equipo médico de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- a.6 Propuesta de un Programa Nacional de Promoción de Actividad Física y Estilo de Vida Saludable.
- a.7 Moción en relación con la descripción específica de competencias de la Gerencia Administrativa de la Caja Costarricense de Seguro Social.
Anotación: Oficio N° P.E. 0151-16, fechado 20 de enero del 2016, firmado por la señora Presidenta Ejecutiva: análisis moción.
- a.8 Informe de situación del estado del proceso de crédito con el Banco Mundial y su cronograma.
- a.9 Informe de situación de resoluciones de Sala Constitucional sobre publicidad o acceso a la información de planillas salariales del sector público.
- a.10 Moción en relación con el Proyecto de reestructuración del nivel central.

Anotación: el Director Gutiérrez Jiménez deja constancia de su interés y apoyo en cuanto a los puntos presentados por el Director Barrantes del 1 al 6, y adiciona: estabilidad y sostenibilidad financiera del Régimen de IVM (Invalidez, Vejez y Muerte).

b) Planteamientos del Director Gutiérrez Jiménez:

- b.1 Sostenibilidad financiera.
- b.2 Desconcentración.
- b.3 Modelo salarial. Nuevas Alternativas.
- b.4 Modelo de Servicio.
- b.5 Sostenibilidad Financiera del Régimen de IVM. Nuevas medidas.
- b.6 Informe en relación con la atención del informe de los notables:

Anotación: en cuanto a acápite b.6, en la agenda de la sesión de esta fecha se contempla el oficio N° DPI-088-16 de fecha 11 de febrero de 2016.

- b.7 Tema referente a la productividad.

XVIII) ASUNTOS QUE SE PROPONE CONOCER EN:

- A) LA SESIÓN EXTRAORDINARIA PROGRAMADA PARA EL LUNES 29 DE FEBRERO DEL AÑO 2016 (documentos distribuidos):**

1) GERENCIA MÉDICA:

a) **Oficio N° GM-SJD-7735-2016** de fecha 19 de febrero de 2016: Proyecto de cirugía vespertina para el Servicio de ORL (Otorrinolaringología) del Hospital Escalante Pradilla.

b) *Proyectos de ley: se solicita prórroga 15 días hábiles para responder:*

i. *Expediente número 19.440, Proyecto Ley sobre muerte digna de pacientes en estado terminal.* Se traslada a la Junta Directiva mediante la nota número P.E.47.209-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia de la comunicación del 12 de agosto pasado, número CAS-955-2015, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-39758-2015 del 16-11-15.* (Art.14, ac. I, Ses. N° 8825). Se solicita prórroga 15 días hábiles para externar criterio en oficio N° GM-SJD-7737-2016 del 19-02-16.

ii. *Expediente N° 19.760, Proyecto Aprobación de la convención interamericana sobre protección de los derechos humanos a las persona mayores.* Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota del 20 de enero del presente año, número P.E.0158-2016, que firma el Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva a/c: se anexa copia de la comunicación fechada 20 de enero anterior, número DH-180-2016, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa. *Se solicitó criterio unificado a las Gerencias de Pensiones y Médica, quien coordina y debe remitir el criterio unificado.* (Art-14°, ac. II, Ses. N° 8825). Se solicita prórroga 15 días hábiles para externar criterio en oficio N° GM-SJD-7336-2016 del 19-02-16.

2) GERENCIA ADMINISTRATIVA:

a) **Oficio N° GA-47212-16** de fecha 14 de enero de 2016: complemento nota N° GA-23481-15(42°, 8803) relativa a los impactos económicos de la transformación del Programa Institucional de Emergencias (PIE) en el Centro de Atención de Emergencias y Desastres (CAED).

3) GERENCIA DE PENSIONES:

Oficios números:

- a) GP-40.984-16 Informe Trimestral de las Inversiones.
- b) GP-41.240-16 Política y Estrategia de Inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte 2016.
- c) GP-41.241-16 Informe Medición de Riesgos.
- d) GP-41.153-16 / DAE-0141-16 Propuesta de Reforma Reglamento para la Administración Integral de Riesgos de los Fondos Institucionales

- 4) **Oficio N° DPI-088-16** de fecha 11 de febrero de 2016, suscrito por el Director de Planificación Institucional: informe de avance para su revisión y análisis sobre el estado de cumplimiento de las recomendaciones emitidas por el “*Equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud*” (10°, 8545).

B) SESIÓN DEL 3 DE MARZO DEL AÑO 2016:

b.1 GERENCIA MÉDICA:

- 1) **Atención artículo 24°, sesión N° 8822 del 28-01-16:** tema referente a los especialistas, se informa que la exposición se hará en la sesión del 3-3-16 y estará a cargo de la Dra. Ana Sittenfeld Appel.
- 2) **Oficio N° GM-SJD-7361-2016** de fecha 12 de febrero del 2016: Informe Ejecutivo de los Sistemas de Medicina Mixta y Empresa (documento distribuido).

b.2 GERENCIA FINANCIERA:

- a) **Oficio N° GF-50615-16**, de fecha 18 de febrero de 2016: propuesta Política de Inversiones a la Vista 2016.
- b) **Oficio N° GF-50614-16** de fecha 18 de febrero de 2016: propuesta Política y estrategias de inversiones del Seguro de Salud 2016.
- c) **Oficio N° GF-50517-16** de fecha 17 de febrero de 2016: presentación estados financieros de Seguro de Salud SEM al 31 de diciembre de 2015
- d) **Oficio N° GF-50556-16**, de fecha 18 de febrero de 2016: presentación informe de Morosidad patronal, trabajador independiente y Estado al IV trimestre 2015.

C) DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL:

- c.1 **Oficio N° P.E. 47.548-15** de fecha 16 de setiembre del 2015: atención artículo 26°, sesión N° 8764: informe sobre metas insuficientes del Plan Anual Institucional.
- c.2 **Oficio N° P.E. 0250-16** de fecha 10 de febrero de 2016: comunicación de la resolución R-DC-144-2015 “*Lineamientos Generales para el Cumplimiento de las Disposiciones y Recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República en sus informes de auditoría*”.

Respecto de la sesión extraordinaria programada para el próximo lunes, señala el Director Barrantes Muñoz que, en la propuesta de agenda, están agendados una gran cantidad de asuntos y adelanta que no va a poder estar presente en esa sesión. Por otra parte, se indica que todos los documentos que se citan, ya fueron distribuidos y algunos no los ha recibido.

La señora Presidenta Ejecutiva le solicita a doña Emma verificar que esa documentación, realmente se haya distribuido.

La Licda. Zúñiga Valverde anota que don Rolando Barrantes tiene razón porque hay algunos documentos de la Gerencia Financiera que todavía no los ha recibido la Secretaría y se adoptarán las acciones sobre el particular para que la documentación llegue en forma expedita a los señores Directores.

Con las observaciones precedentes **se da por aprobada** la agenda distribuida para la sesión de esta fecha.

ARTICULO 3°

Se somete a revisión **y se aprueba** el acta de la sesión número 8820.

ARTICULO 4°

Se tienen a la vista los oficios que se detallan:

- 1) Número 358-16 (recibido por la vía electrónica), de fecha 13 de enero del año 2016, suscrito por la Licda. Silvia Navarro Romanini, Secretaria General de la Corte Suprema de Justicia, mediante el cual transcribe el acuerdo tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 3-16, celebrada el 12 de enero del año 2016. El citado acuerdo fue tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 3-16 y, en lo que interesa, se refiere al artículo XXIV, del Documento 15706-15, en el que la máster Ana Eugenia Romero Jenkins, Directora Ejecutiva, mediante el informe del Departamento Financiero Contable, respecto de las cuentas por cobrar a la Caja Costarricense de Seguro Social, por concepto de incapacidades, al 30 de noviembre del año 2015, señala:
 - I. Normativa aplicable a la gestión de cobro de incapacidades.
 - II. Distribución de las cuentas por cobrar.
 - III. Seguimiento de las cuentas por cobrar por parte del Macroproceso Financiero Contable.

*“Se acordó: 1.) Tomar nota del informe rendido por la máster Ana Eugenia Romero Jenkins, Directora Ejecutiva y hacer una atenta instancia a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social para el pronto pago de las sumas que se adeudan al Poder Judicial, según los detalles indicados. 2.) Deberá la Dirección Ejecutiva y el Departamento Financiero Contable dar seguimiento al pago de las sumas adeudadas. **Se declara acuerdo firme**”.*
- 2) Número PE-0165-2016, fechado 21 de enero del año 2016, suscrito por el Lic. Juan Luis Bermúdez Madriz, Jefa de Despacho a/c, Presidencia Ejecutiva, mediante el cual traslada el citado oficio N° 358-16.
- 3) Número PE-0273-2016, del 29 de enero del año 2016, que firma la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante el que traslada el oficio N° 965-16, del 28 de enero del año 2016, que firma la Licda. Silvia Navarro Romanini, Secretaria General de la Corte Suprema de Justicia, en el que transcribe el acuerdo tomado por el Consejo Superior del

Poder Judicial, en la sesión N° 7-16, celebrada el 26 de enero del año 2016. El citado acuerdo fue tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 7-16 y, en lo que interesa, se refiere al artículo XLI, del Documento N° 668-16, en el que la máster Ana Eugenia Romero Jenkins, Directora Ejecutiva, remite el informe del Departamento Financiero Contable, respecto de las cuentas por cobrar a la Caja Costarricense de Seguro Social, por concepto de incapacidades, al 31 de diciembre del año 2015, señala:

- I. Normativa aplicable a la gestión de cobro de incapacidades.
- II. Distribución de las cuentas por cobrar.
- III. Seguimiento de las cuentas por cobrar por parte del Macroproceso Financiero Contable.

“Se acordó: 1.) Tomar nota del informe rendido por la máster Ana Eugenia Romero Jenkins, Directora Ejecutiva y hacer una atenta instancia a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social para el pronto pago de las sumas que se adeudan al Poder Judicial, según los detalles indicados. 2.) Deberá la Dirección Ejecutiva y el Departamento Financiero Contable dar seguimiento al pago de las sumas adeudadas. Se declara acuerdo firme”,

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlos a la Gerencia Financiera, para la atención correspondiente y que informe a la Junta Directiva sobre lo actuado.

ARTICULO 5°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-47959-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”*.

ARTICULO 6°

ACUERDO PRIMERO: se tiene a la vista el oficio (recibido por la vía electrónico), de fecha 13 de enero del año 2015, suscrito por el Dr. Eduardo Melinsky, dirigido a la Caja Costarricense de Seguro Social-CCSS, a la Junta Directiva, a la Presidenta Ejecutiva, Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, al Gerente de Pensiones, Lic. Jaime Barrantes Espinoza, al Superintendente de Pensiones, Lic. Álvaro Ramos Chaves, a las Comisiones Administrativa y Técnica CCSS-SUPEN (Licitación Pública Internacional número 2013LI-000001-05101, Contratación número 2014-000002-00), al Ing. Ubaldo Carrillo Cubillo, Encargado General del Contrato-número 2014-000002-00 y Director Administración de Pensiones-CCSS y a la Secretaria de la Junta Directiva, en el que manifiesta que rechaza lo resuelto por la Junta Directiva en el artículo 37° de la sesión N° 8816 (*en que se acordó “1) Tomar nota de los escritos denominados MANIFIESTA Y PETICIONA POR OFICIOS DAP-1339 Y 1343-2015 de 30 de setiembre de 2015 y REITERA MANIFESTACIONES POR IRREGULARIDADES, NULIDADES Y PETICIONA de 30 de octubre del año 2015, presentados por el Sr. Eduardo Melinsky contratista de la Licitación Pública Internacional N°2013LI-000001-05101, cuyo objeto es la contratación de un estudio de la situación actuarial del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de diciembre 2013. Asimismo, tener por conocidas las anteriores gestiones ya que son reiteraciones de anteriores escritos que han sido atendidos por la Comisión Administrativa*

CCSS-SUPEN y por la misma Junta Directiva en el artículo 17 de la sesión N° 8807, celebrada el 29 de octubre del año 2015, el cual se mantiene invariable. 2) Respecto del silencio positivo que alega ha operado en sus gestiones, se aclara al señor Eduardo Melinsky que tal figura no es aplicable al caso concreto por cuanto, de conformidad con el artículo 16 de la Ley de Contratación Administrativa y 193 del Reglamento, refiere a aquellas situaciones en que se requiere de algún tipo de autorización o permiso por parte de la Administración, para darle continuidad a la ejecución contractual y éste no es el caso en especie”), recibido mediante correo electrónico el 06 y 08 de enero del año 2016 y reitera las irregularidades denunciadas oportunamente; denuncia las irregularidades emergentes de dicha resolución y de la falta de respuesta a lo peticionado con motivo de las nulidades vinculadas con lo acordado por la Junta Directiva en la sesión N° 8796, notificado mediante el oficio de la Dirección de Administración de Pensiones, número DAP-1235-2015, y de la falta de consideración explícita y fundada de las ellas por parte de los funcionarios y Directivos de la Caja y SUPEN involucrados, a quienes dirige esta nota. Manifiesta su rechazo a lo señalado en el artículo 37° de la citada sesión N° 8816. Por lo expuesto, plantea:

“SOLICITA-PETITORIO

- I. *Se dé lugar a la anulación de las Resoluciones, Acuerdos y todo acto administrativo notificados mediante Oficio DAP-1235-2015, y que fueran recurridas mediante mi contestación de fecha 07.09.2015 (y siguientes) junto con mi nota de denuncia de irregularidades de fecha 17.09.2015 (y siguientes), y en un todo de acuerdo con mi nota del 05/11/2015 en respuesta del Artículo 17 de la Sesión 8807 de JDCCSS de fecha 29/10/2015, y se dé lugar a todos los Petitorios oportunamente presentados. Cuestiones todas ellas que objeto de silencio administrativo y/o de evasión de respuestas concretas, lo que denota y confirma es la razón de nuestro lado en lo planteado.*
- II. *Se proceda al pago íntegro del Precio pactado, a valor presente, conforme con las Cláusula Decimo Segunda y Décimo Tercera del Contrato.*
- III. *Se proceda a la Devolución de la Garantía conforme con la Cláusula Décimo Quinta del Contrato.*
- IV. *Se formalice inicio de procedimientos sancionatorios contra los funcionarios, todos los involucrados, en este asunto.*

ACCIONES JUDICIALES

Como contratista con derechos que le han sido cercenados, informo a la CCSS ya la SUPEN:

1. *Si en el plazo de 5 días hábiles no se me ha notificado la resolución o resoluciones que respondan a cada una de las irregularidades, nulidades, denuncias y petitorios planteados desde la notificación del oficio DAP-1235-2015, quedará conformado el incumplimiento contractual de la CCSS y de la SUPEN, hago reserva de demandar a la CCSS y/o a la SUPEN por incumplimiento contractual.*
2. *Si en el plazo de 5 días hábiles no se me ha notificado la resolución de hechos y demás que da inicio al procedimiento de resolución contractual, presentaré amparo de legalidad y de seguido demanda contenciosa por la conducta de omisión arbitraria de esa entidad. Está claro que la CCSS debe respetar la legalidad y en la especie no ha hecho más que arbitrariamente detener la ejecución del contrato, bajo*

argumentos insostenibles; tampoco hubo una suspensión del contrato como corresponde, y simplemente el tiempo ha pasado sin mayor decisión al respecto. Hay plazos y debieron ser cumplidos”,

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar el criterio de la Dirección Jurídica.

ACUERDO SEGUNDO: se tiene a la vista la comunicación (correo electrónico) de fecha 12 de febrero del año 2016, suscrita por el Dr. Eduardo Melinsky, dirigida a la Caja Costarricense de Seguro Social-CCSS, a la Junta Directiva, a la Secretaria de la Junta Directiva: Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva, a la Presidenta Ejecutiva: Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, al Gerente de Pensiones: Lic. Jaime Barrantes Espinoza, al Superintendencia de Pensiones-SUPEN, al Superintendente de Pensiones: Lic. Álvaro Ramos Chaves, a la Comisiones Administrativa y Técnica CCSS-SUPEN (Licitación Pública Internacional Nro. 2013LI-000001-05101 Contratación Nro. 2014-000002-00) y al Ing. Ubaldo Carrillo Cubillo (Encargado General del Contrato-Nro. 2014-000002-00) Director Administración de Pensiones-CCSS, en la que manifiesta que rechaza el oficio conjunta N° SP-98-2016 GP 40.431-2016 (*indicado en el apartado b*) y, en particular, la nota de fecha 7 de setiembre del año 2015 de contestación al oficio N° DAP 1235-2015. Por lo expuesto, eleva la siguiente petición en forma textual:

“SOLICITA-PETITORIO

- I. Se dé lugar a la anulación de las Resoluciones, Acuerdos y todo acto administrativo notificados mediante Oficio DAP-1235-2015, y que fueran recurridas mediante mi contestación de fecha 07.09.2015 (y siguientes) junto con mi nota de denuncia de irregularidades de fecha 17.09.2015 (y siguientes), y en un todo de acuerdo con mi nota del 05/11/2015 en respuesta del Artículo 17 de la Sesión 8807 de JDCCSS de fecha 29/10/2015 y del 13-01-2014 en respuesta al Artículo 37 de la Sesión 8816 celebrada el 10 de diciembre de 2015, y se dé lugar a todos los Petitorios oportunamente presentados. Cuestiones todas ellas que objeto de silencio administrativo y/o de evasión de respuestas concretas, lo que denota y confirma es la razón de nuestro lado en lo planteado.*
- II. Se proceda al pago íntegro del Precio pactado, a valor presente, conforme con las Cláusula Decimo Segunda y Décimo Tercera del Contrato.*
- III. Se proceda a la Devolución de la Garantía conforme con la Cláusula Décimo Quinta del Contrato.*
- IV. Se formalice inicio de procedimientos sancionatorios contra los funcionarios, todos los involucrados, en este asunto, teniendo en especial consideración el reconocimiento tácito de las denuncias por irregularidades e incumplimientos de deberes de funcionarios públicos conforme surge del SP-98-2016-GP 40.431-2016.*

ACCIONES JUDICIALES

Como contratista con derechos que le han sido cercenados, informo a la CCSS y a la SUPEN:

- 1. Si en el plazo de 5 días hábiles no se me ha notificado la resolución o resoluciones que respondan a cada una de las irregularidades, nulidades, denuncias y petitorios planteados desde la notificación del oficio DAP-1235-2015, quedará conformado el incumplimiento contractual de la CCSS y de la SUPEN, hago reserva de demandar a la CCSS y/o a la SUPEN por incumplimiento contractual.*

2. Si en el plazo de 5 días hábiles no se me ha notificado la resolución de hechos y demás que da inicio al procedimiento de resolución contractual, presentaré amparo de legalidad y de seguido demanda contenciosa por la conducta de omisión arbitraria de esa entidad. Está claro que la CCSS debe respetar la legalidad y en la especie no ha hecho más que arbitrariamente detener la ejecución del contrato, bajo argumentos insostenibles; tampoco hubo una suspensión del contrato como corresponde, y simplemente el tiempo ha pasado sin mayor decisión al respecto. Hay plazos y debieron ser cumplidos”,

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar el criterio de la Dirección Jurídica.

Por otra parte, se toma nota de la copia del oficio número SP-98-2016 GP 40.431-2016, de fecha 25 de enero del año 2016, suscrita por los licenciados Álvaro Ramos Chaves, Superintendente de Pensiones, y Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones de la Caja, dirigida a al Dr. Eduardo Melinsky, Contratista, Licitación Pública Internacional 2013LI-000001-05101, Contrato número 2014-000002-00. La citada copia dice en forma textual:

“En atención a los oficios:

- 1. Oficio "MANIFIESTA Y PETICIONA POR OFICIOS DAP-1339 Y 1343-2015 del 30 de setiembre del 2015.*
- 2. Oficio del 13 de enero del 2016 RECHAZA lo resuelto por la Junta Directiva de la Caja en el Artículo 37 de la Sesión 8816 celebrada el 10 de diciembre de 2015-Denuncia Irregularidades y Peticiona - Oficio Junta Directiva Nro. 43.024 del 5/01/2016 enviado por correos electrónicos del 06 y 08 /01/2016.*
- 3. Oficio del 5 de noviembre del 2015 "Contesta Artículo 17° de la sesión N°8807 de Junta Directiva CCSS celebrada el 29 de octubre de 2015, según nota 53.165 de la Secretaría de la Junta Directiva de la CCSS - "Irregularidades Nulidades Petitorio 19 09 15.*
- 4. Oficio Reitera Manifestaciones por Irregularidades, Nulidades y Peticiona, del 30 de octubre del 2015.*

Se le adjunta la minuta 13 de la Comisión Administrativa CCSS-SUPEN en la cual se acordó reiterar lo siguiente:

Acuerdo I.

Informar al contratista que a la Comisión Administrativa no le corresponde el análisis del fondo de sus planteamientos, sino que deben ser tratados en el seno del órgano director designado por la Gerencia de Logística, según lo acordado por la Junta Directiva de la CCSS en el artículo 28° de la sesión 8796 del 27 de agosto del 2015.

En el momento procesal oportuno ese órgano le comunicará el inicio del procedimiento administrativo respectivo”.

ARTICULO 7°

Se tiene a la vista la comunicación de fecha 4 de enero del año 2016, suscrita por el Sr. Carlos Vega, dirigida a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva y a los Señores Directores de la Caja, en la que se refiere que es adulto mayor, pensionado y portador del Carné

de Oro, y plantea una idea, para que la estudien y si fuera posible concretar un acuerdo de Junta Directiva, referente a que el carné de asegurado sea por tiempo indefinido y que, como pensionados, no lo tengan que estarlo renovando, como actualmente sucede.

Respecto de una pregunta de la señora Presidenta Ejecutiva, responde la Licda. Emma Zúñiga que la recomendación es trasladar, para su atención, la comunicación a la Gerencia de Pensiones.

Por su parte, el Director Alvarado Rivera propone que el tema se resuelva en este momento.

El Director Barrantes Muñoz indica que está totalmente de acuerdo. No conoce a quién corresponde; no obstante, le parece que debe haber una orientación muy clara de esta Junta Directiva, en cuanto a la agilización de los trámites.

La doctora Sáenz Madrigal comenta que el Gerente Administrativo, está trabajando en una propuesta significativa de la Junta Directiva, relacionada con la simplificación de trámites, porque en muchos casos se deben simplificar.

Al Director Gutiérrez Jiménez le parece que debe existir una norma que regule el proceso, por lo que para los efectos, se deberían orientar a la modificación de esa norma.

Sugiere la doctora Sáenz Madrigal que se solicite que se presente la norma para aprobación en un plazo de un mes.

El licenciado Barrantes Muñoz anota que indicado de esa forma, eventualmente, se podría señalar que no se puede porque existe un Reglamento y estima que si se debe reformar el Reglamento que se reforme.

Añade la Dra. Rocío Sáenz que se proceda a que se realice el ajuste de la norma.

El Subgerente Jurídico sugiere que se solicite que en un plazo de ocho días, se presente el planteamiento, en términos de lo que se debe reformar.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que la redacción del tema, es en el sentido de que el espíritu de la Junta Directiva, es que el asunto quede aprobado para que entre en vigencia con la brevedad posible y que se corrijan las normas y los procedimientos, según corresponda.

Por su parte, el Director Devandas Brenes cree que el carné de ciudadano oro no tiene razón de ser, sobre todo, cuando los procesos están informatizados, en ese caso, le parece que el documento debería ser la cédula de identidad. En esos términos, estima que se debería solicitar que se analice el asunto y se elimine el carné de ciudadano de oro. Recuerda que cuando se presentó el tema, se analizó su costo-beneficio y uno de los beneficios de la informatización, es la economía de todos esos trámites, incluso, el papel. Le parece que en el acuerdo se debe agregar que se analice la viabilidad de eliminar el citado carné.

La doctora Sáenz Madrigal le indica a don Mario Devandas que son dos aspectos distintos, este es un caso de la Gerencia de Pensiones. El otro caso, si le permite el lunes le informa sobre la

situación del proceso, porque hay un planteamiento para simplificar ese tema de una mejor forma.

El doctor Devandas Brenes insiste en que se debería eliminar el carné de los pensionados y se tendría que proponer otra forma de darles la identificación y para él, la identificación debería ser la cédula.

La doctora Rocío Sáenz señala que se pedirá que se presente cualquier objeción a la modificación del Reglamento del Seguro de Salud para el cambio del instrumento, ese aspecto para poder implementar la decisión de la Junta Directiva.

Por tanto, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** instruir a la Gerencia de Pensiones, para que adopte las acciones necesarias, de manera que el carné que es expedido a los pensionados lo sea por tiempo indefinido y que, en consecuencia, no se fije un plazo para su vigencia sino que su validez lo sea de por vida.

Al respecto, la Gerencia de Pensiones deberá adoptar todas las acciones correctivas o propuestas necesarias para dar eficacia a lo aquí acordado, con la mayor brevedad posible.

ARTICULO 8°

Se tiene a la vista el oficio número JS-HSJD-004-2016, fechado 15 de enero del año 2016, suscrito por el Dr. Francisco Bermúdez Cordero, Presidente de la Junta de Salud del Hospital San Juan de Dios, en el que solicita que se le informe acerca de la situación en que se encuentran los trámites pertinentes, en cuanto a la preparación para la construcción de la Torre Médica por ubicar en la antigua Cervecería, frente al Hospital San Juan de Dios. Para conocimiento adjunta respuesta de la Licda. Warda Yadira Durán Díaz, Asistente Ejecutiva de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, remitida al Sr. Edwin Sequeira, Secretario de la Junta de Salud, donde informa que está pendiente de la realización de ese proyecto con el Banco Mundial y que, para el mes de agosto del año 2015, se definirán los proyectos que podrían ser financiados con recursos de ese Banco. Señala la problemática relacionada con el hacinamiento en ese centro médico, ya que con los años aumenta al extremo de que no existe espacio para la debida atención al usuario, por lo que es necesario llevar a cabo ese proyecto. Agradece la colaboración, esperando la información solicitada para continuar con el seguimiento oportuno, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** solicitarle a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías que dé respuesta, con copia para la Junta Directiva.

ARTICULO 9°

Se tiene a la vista el oficio número DG-0105-16 de fecha 18 de enero del año 2016, suscrita por la Dra. Marcela Leandro Ulloa, Directora General a.i. del Hospital San Rafael de Alajuela, en la que da respuesta al oficio de la Gerencia Médica N° GM-AJD-53701-2015, en atención a lo resuelto en el artículo 14° de la sesión N° 8812, celebrada el 19 de noviembre del año 2015 (*respecto de la aprobación del beneficio a favor del Dr. Manuel Alvarado Calderón, para que realice una Subespecialidad en Cirugía Artroscópica, en la Universidad de Barcelona, España;*

se acordó solicitar a la Dirección Médica del Hospital San Rafael que presente a la Junta Directiva el plan para atender la sustitución del doctor Alvarado Calderón). Por lo tanto, adjunta el oficio N° ORT-0005-2016, suscrito por el Dr. Carlos Zamora Baltodano, Jefe a.i. Servicio de Ortopedia, con el plan para atender la sustitución del Dr. Alvarado.

Se tiene que en el artículo 14° de la sesión N° 8812, celebrada el 19 de noviembre de 2015, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

*“Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio suscrito por la señora Gerente Médico, número GM-SJD-39756-2015, del 16 de noviembre del año en curso, habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la doctora Dominicque Guillén Femenías, funcionaria del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva **ACUERDA** aprobar a favor del doctor Manuel Alvarado Calderón, Médico Asistente Especialista de Ortopedia del Hospital San Rafael de Alajuela, beca -según en adelante se detalla- para que realice una Subespecialidad en Cirugía Artroscópica, en la Universidad de Barcelona, España:*

- I) *Permiso con goce de salario del 28 de noviembre del año 2015 al 1° de agosto del año 2016 (...).*
 - II) *El pago de:*
 - a) *€1.400 (mil cuatrocientos euros), para un monto total de €11.386,67 (once mil trescientos ochenta y seis euros con sesenta y siete /100).*
 - b) *Costo de la Subespecialidad por €12.480,00 (doce mil cuatrocientos ochenta euros).*
 - c) *Pago de tiquetes aéreos por un monto único de US\$1.500 (mil quinientos dólares).*
 - d) *Pago de seguro médico anual por un monto de US\$400 (cuatrocientos dólares) ...*
- Por otra parte, se acuerda solicitar a la Dirección Médica del Hospital San Rafael que presente a esta Junta Directiva el plan para atender la sustitución del doctor Alvarado Calderón”,*

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica, para lo correspondiente.

ARTICULO 10°

Se tiene a la vista la nota número PE-0167-2016, de fecha 21 de enero del año 2016, suscrita por el Lic. Juan Luis Bermúdez Madriz, Jefe de Despacho a/c, Presidencia Ejecutiva, mediante el cual adjunta el oficio N° DGASS-SDT-08-2016, de fecha 19 de enero de 2016, suscrito por el Dr. Allan Varela Rodríguez, Presidente del Consejo Nacional de Donación y Trasplantes del Ministerio de Salud, mediante el cual presenta solicitud y preocupación en relación con el pago para especialistas en el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos (Según Sesión Ordinaria N° 1 del 18 de enero del año 2016).

El citado oficio N° DGASS-SDT-08-2016 dice, en forma textual:

“El Dr. Marvin Agüero, representante ante el Consejo Nacional de Donación y Trasplantes por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social, hace una exposición sobre el plan de trabajo de esa institución, dentro de este tema se menciona lo relativo al modelo de pago para especialistas aprobado por la Junta Directiva de Caja Costarricense del Seguro Social, en concordancia al nuevo modelo de Gestión de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, por lo que los especialistas plantean la realidad que se vive en los servicios de salud ante este modelo de pago, lo cual traerá consecuencias negativas para la procuración y trasplante de órganos, asimismo el representante de las ONG ante este consejo ve con mucha preocupación la afectación a los pacientes que requieren de un trasplante.

Por lo anterior se acuerda en sesión ordinaria N°1 del 18 de enero del 2016, realizar un oficio por parte de este Consejo en donde se le solicite a la Junta Directiva de la CCSS, respetando la autonomía de esa institución, interponer sus buenos oficios para resolver lo más pronto posible el pago de los profesionales involucrados en el proceso de donación y trasplante, en aras de evitar la afectación de la población”,

Se tiene que en el artículo 3° de la sesión número 8824 del 4-2-16, en relación con este asunto se tomó el acuerdo que, en lo conducente, se lee en estos términos:

“ARTICULO 3° Por tanto, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-6761-2016/GA-47315-2016, de fecha 2 de febrero del presente año, que firman la Gerente Médico y el Gerente Administrativo, que contiene la propuesta relativa a la modalidad de remuneración para actividades de donación y trasplante (...), habiéndose hecho la respectiva presentación y en consideración, asimismo, de que, tal y como consta en adelante, se aprueba como un plan piloto para hacer la valoración pertinente, según en adelante se dirá, la Junta Directiva **ACUERDA:**

- I) Modificar el acuerdo de Junta Directiva que consta en el artículo 23° de la sesión N° 8795, celebrada el 20 de agosto del año 2015, para que en el acuerdo primero se indique que la “Modalidad de remuneración para las actividades de donación y trasplante en sus formas de “Tiempo Disponible Fijo” y “Tiempo Efectivo Variable”, aprobada resultará aplicable para los funcionarios que participan en los procesos de donación y trasplante con donante cadavérico y para la fase de atención postrasplante con cualquier tipo de donante, fuera de la jornada ordinaria, excepto los profesionales en medicina, quienes de manera transitoria, por un plazo de cuatro meses, se regirán por lo establecido en el *Reglamento Único de Disponibilidades*, esto tomando en consideración lo señalado en el siguiente apartado.
- II) Instruir a la Gerencia Administrativa, para que proceda a la modificación correspondiente en el documento “Modalidad de remuneración para las actividades de donación y trasplante en sus formas de “Tiempo Disponible Fijo” y “Tiempo Efectivo Variable”, de acuerdo con la modificación precedente.
- III) Instruir a la Gerencia Médica y a la Gerencia Administrativa, para que conformen un equipo técnico, en el que se incorpore a profesionales médicos especialistas en

el tema, a efecto de que un plazo de cuatro meses elaboren una modalidad de remuneración específica para los profesionales en medicina participantes en el procedimiento de trasplantes”,

y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** comunicarle lo resuelto en el artículo 3° de la citada sesión número 8824, y trasladar el referido oficio N° DGASS-SDT-08-2016 a la Gerencia Médica, para lo correspondiente.

ARTICULO 11°

Se tiene a la vista el oficio número PE-0202-2016, de fecha 25 de enero del año 2015, suscrito por la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante el cual, con instrucciones de la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, traslada -con el fin de que se haga del conocimiento de los señores Directores- los oficios números PJG.007.01.16; PJG.017.01.16, suscritos por el Dr. Alexis Castillo Gutiérrez, Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos, así como la copia de la nota N° PE-073-2016, fechada 12 de enero del año 2016, en relación con la invitación cursada por el Colegio de Médicos y Cirujanos, para la reunión de Delegados que se realizará el viernes 4 de marzo del año 2016, en el Auditorio Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, a partir de las 10:00 a.m., ubicado en las instalaciones de ese Colegio. En el oficio N° PJG.017.01.16 informa que los temas que van ser abordados en la citada reunión de Delegados prioritariamente son los siguientes:

1. *“Implementación del “Expediente Digital Único en Salud”: Costos y Proyecciones.*
2. *Políticas de implementación de seguridad para personal de salud.*
3. *Posición de la Junta Directiva respecto al tema de captación del acto médico en audio o video.*
4. *Recursos Humanos: contratación de personal médicos”.*

Manifiesta, asimismo, que se reserva la posibilidad de incluir cualquier punto conexo con los descritos, siempre en lo relativo a la prestación de los servicios de salud que brinda la institución,

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** comunicarle que asistirán la Directora Mayra Soto Hernández y los Directores Devandas Brenes y Loría Chaves.

Asimismo, se le comunica acerca de la imposibilidad de la señora Presidenta Ejecutiva, para asistir a la citada reunión, dado el compromiso previo ineludible que debe atender.

ARTICULO 12°

Se tienen a la vista los oficios números:

- D) PE-0203-16, de fecha 25 de enero del año 2015, suscrito por la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, mediante el cual remite, para conocimiento del

Órgano Colegiado, el oficio N° DM-2293-15, de fecha 10 de diciembre del año 2015, suscrito por el Sr. Helio Fallas V., Ministro de Hacienda, en que expone el criterio en relación con el acuerdo adoptado en el artículo 31° de la sesión N° 8803, del 1° de octubre del año 2015, en que se crea al Estado la obligación de brindar financiamiento subsidiario a las pensiones cuya contribución resulte inferior a la cuantía mínima de pensión. En el oficio en referencia ese Despacho Ministerial manifiesta oposición al acuerdo de Junta Directiva citado, por los siguientes motivos:

“1. De conformidad con el oficio DAE-0805-15 que sirvió de fundamento para el acuerdo tomado mediante artículo 31 de la sesión N° 8803 del 1 de octubre del 2015, la opción de pensión anticipada (implementada a partir del 2005 y reformada en el 2007) ejerce una importante presión sobre el flujo de efectivo.

El citado oficio afirma que existe un porcentaje importante de pensionados que sin la aplicación de ningún tipo de anticipo, obtienen un monto de pensión que resulta inferior a la cuantía mínima de pensión, sin embargo, debido a la existencia de mínimos de protección, se deben llevar al monto de pensión mínima (la CCSS estima esta diferencia en aproximadamente \$54 mil millones).

Por estas razones, en el citado oficio se recomienda que para contrarrestar esa problemática se debe eliminar la opción del retiro anticipado, recomendación que fue avalada por la Junta Directiva de la CCSS en el artículo 31 de la sesión N° 8803 del 1 de octubre del 2015, en el punto primero dispuso:

*“1) **Retiro anticipado:** eliminar, en concordancia con la opción número 1, gradualmente en tres tramos, el retiro anticipado con reducción, para lo cual se instruye a la Gerencia de Pensiones, en coordinación con la Dirección Jurídica y la Dirección Actuarial y Económica, para que, con la celeridad del caso, se realicen los ajustes que procedan al Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.”*

Con esta reforma se entendería que la presión sobre el flujo de efectivo del régimen señalada en el oficio DAE-0805-15 tendría que desaparecer gradualmente, pues desaparece la causa de dicho trastorno financiero.

2. Una segunda opción planteada en el oficio DAE-0805-15 para atacar la situación financiera a corto plazo generada por las pensiones anticipadas, consiste en una subvención en la pensión mínima, mediante la siguiente redacción del artículo 29 del Reglamento del Seguro de IVM:

“art.29

*(...) la cuantía mínima de contribución no podrá ser inferior al 50% del ingreso o salario mínimo de contribución que se establezca conforme al artículo 34 de este reglamento. **Asimismo, en todos aquellos casos en donde el monto de pensión global generado con la aplicación de la fórmula de cálculo vigente, resulta ingresos al monto de pensión mínima, el Estado en condición subsidiaria aportará la diferencia. Para tal efecto, la Dirección actuarial y Económica anualmente efectuará los cálculos requeridos para la efectiva facturación al Estado.**”*

(Lo resaltado corresponde al original)

3. En relación a las facultades de la CCSS, el artículo 73 de la Constitución Política dispone, en lo que interesa:

"Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense del seguro Social. (...)"

De esta norma deriva la facultad del Estado, delegada en la Caja Costarricense del Seguro Social, para administrar todo lo relativo a los Seguros Sociales y, asimismo, la contribución forzosa que tanto el Estado como los patronos y los trabajadores deben hacer para financiar el sistema. Sobre el Derecho a la Seguridad Social, la Sala Constitucional ha dicho:

"En cuanto a la coherencia que el artículo 36 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social debe tener con las normas constitucionales, procede indicar que el artículo 73 de la Constitución Política, interpretado armónicamente con el artículo 50 ídem, consagra el Derecho de la Seguridad Social. Este derecho supone que los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos en el más alto rango, de manera que garantice la asistencia y brinde las prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad para preservar la salud y la vida. El ámbito subjetivo de aplicación del derecho de la seguridad social incorpora el principio de universalidad, pues se extiende a todos los ciudadanos, con carácter de obligatoriedad. El ámbito objetivo asume el principio de generalidad, en tanto protege situaciones de necesidad, no en la medida en que éstas hayan sido previstas y aseguradas con anterioridad, sino en tanto se produzcan efectivamente. Además, incorpora los principios de suficiencia de la protección, según módulos cuantitativos y cualitativos y de automaticidad protectora, lo que se traduce en la adecuada e inmediata protección en materia de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Por expresa disposición constitucional, esta gestión ha de ser pública, a cargo del Estado, representado por la Caja Costarricense de Seguro Social, y la financiación responderá al principio cardinal de solidaridad social, pues se funda en la contribución forzosa y tripartita que realizan trabajadores, patronos y el Estado. En consecuencia, el artículo impugnado, en tanto desarrolla el Derecho a la Seguridad Social, debe adecuarse a los principios de universalidad, generalidad, suficiencia de la protección y solidaridad. Y derivado de este contenido esencial, resulta razonable que en atención a lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política, la ley establezca medios efectivos de coerción, a fin de que la Caja Costarricense de Seguro Social, pueda recaudar los recursos económicos representados en las contribuciones instituidas por el constituyente, y pueda garantizar, así, la existencia del régimen autosuficiente de seguridad social, mediante el fortalecimiento del fondo creado para la protección y el beneficio de todos los habitantes del país" (Sentencia número 07393-98 de las nueve horas cuarenta y cinco minutos del dieciséis de octubre de mil novecientos

noventa y ocho).

De lo anterior, se extrae que la CCSS tiene facultades suficientes para buscar los medios económicos para la adecuada gestión del Régimen de IVM, sin embargo, esa gestión está limitada por el principio de contribución forzosa y tripartita que realizan trabajadores, patronos y el Estado.

Con la modificación propuesta al artículo 29 citado, se recarga únicamente en el Estado, la obligación de cubrir las diferencias generadas en las pensiones anticipadas, situación a eventualmente podría tener roces de legalidad.

4. De acuerdo al artículo 177 de la Constitución Política para el cumplimiento de las obligaciones del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la CCSS rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Sin embargo, la CCSS al crear este tipo de obligaciones para el Estado no ha gestionado la creación de las rentas necesarias para tal efecto, por lo que se trata de un gasto sin fuente de financiamiento.

Sobre esta situación la Sala Constitucional mantiene el criterio que el Estado está obligado a cubrir las obligaciones en la medida que tenga ingresos suficientes.

5. De conformidad con el artículo 185 Constitucional la Tesorería tiene la facultad legal para pagar en nombre del Estado, sin embargo, del mismo artículo se extrae que para tal efecto recibirá las rentas, en el presente asunto la Tesorería tendría una imposibilidad material de cumplir la obligación creada por la CCSS pues no se han creado las rentas necesarias para pagar tal obligación.

6. Sobre este tema, la Tesorera Nacional emitió criterio mediante oficio TN-2010-2015, en el que manifestó que el Acuerdo de Junta Directiva de comentario pretende imponer al Estado una obligación adicional para cubrir los faltantes entre el monto mínimo de pensión y aquellas pensiones que resulten menores a ese mínimo, como resultado de la aplicación de la fórmula, que esa institución ha definido para el cálculo.

Al respecto, la señora Tesorera remarca que si bien se ha establecido un monto mínimo de pensión, también la CCSS ha determinado un monto máximo de pensión, que se justifica dentro de la definición de seguro solidario, (los que más ganan aportan más), no queda claro dentro de la integralidad del seguro de pensiones y su análisis actuarial qué pasa con aquellos montos sobrantes de cuotas que no son reconocidas en ese monto máximo de pensión, la lógica es que sirvan para atender estas necesidades.

Asimismo, coincide en que si bien el artículo 177 de la Constitución Política, indica la obligatoriedad del estado de garantizar la sostenibilidad de los seguros sociales, el mismo articulado señala que deben ser creadas las rentas necesarias para atender estas obligaciones, y las mismas no son previstas en la imposición que realiza la Junta de la CCSS.

Adicionalmente, señala que no puede obviarse en el análisis, el mando constitucional, artículos 176 y 179, donde se establece que no pueden incluirse o aumentarse gastos al presupuesto nacional, si no son señalados e incluidos los "nuevos ingresos", que deberán ser visados desde el punto de vista de efectividad fiscal por la Contraloría General de la República.

Continúa diciendo la señora Tesorera, que el artículo 177, ordena que en caso de producirse déficit por insuficiencia en las rentas creadas (no han sido creadas), el Estado asumirá; sin embargo es de primordial importancia indicar que la CCSS, cerró el año 2014, con un superávit de *¢118,075.768.834*, lo que no justifica la imposición pretendida

Es de interés superior, analizar el contexto fiscal en donde surge esta pretensión, con un ya conocido déficit fiscal que alcanza el 6% y un déficit presupuestario para el 2016 del 6.9%, y en donde la CCSS ya tiene un peso en el presupuesto nacional de 2% del PIB y que tal como se indicó sin que se hayan creado las rentas, estos recursos provienen de endeudamiento público.

Por último, se llama a la reflexión, más allá de las autonomías que se han definido en nuestra constitucionalidad, este país debe seguir estableciendo obligaciones al Estado, bajo una óptica muy reducida del mismo, circunscribiéndolo a Gobierno Central, sin que éstas se examinen o determinen desde la óptica fiscal y de sostenibilidad financiera y con un objetivo país. Mal haríamos si se establecen estas obligaciones y para atenderlas debe el Ministerio de Hacienda y Estado como tal, dejar de invertir en el combate a la pobreza y la educación”.

Con fundamento en lo expuesto, solicita someter a consideración de la Junta Directiva el presente oficio para que se anule el punto 2) del acuerdo del artículo 31° de la sesión N° 8803 del 1° de octubre de 2015.

- II)** GP-40.674-16, fechado 2 de febrero del año 2016, que firma el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, por medio del que remite el oficio N° DM-0129-2016, de fecha 26 de enero del año 2016, en el que el Lic. José Francisco Pacheco Jiménez, Ministro de Hacienda a.i, presenta oposición a la propuesta de reforma al artículo 29 del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, cuya consulta pública consta en el Diario Oficial La Gaceta del 22 de enero del año 2016. Al respecto y por los alcances del tema, solicita que el citado documento sea conocido por los señores Directores en la próxima sesión de Junta Directiva. En el oficio en consideración ese Despacho Ministerial señala que en la referida nota N° DM-2293-15, que fue presentada ante la Presidencia Ejecutiva, se manifestó oposición al acuerdo de Junta Directiva por los siguientes motivos:

“1. De conformidad con el oficio DAE-0805-15 que sirvió de fundamento para el acuerdo tomado mediante artículo 31 de la sesión N° 8803 del 1 de octubre del 2015, la opción de pensión anticipada (implementada a partir del 2005 y reformada en el 2007) ejerce una importante presión sobre el flujo de efectivo.

El citado oficio afirma que existe un porcentaje importante de pensionados que sin la aplicación de ningún tipo de anticipo, obtienen un monto de pensión que resulta inferior

a la cuantía mínima de pensión, sin embargo, debido a la existencia de mínimos de protección, se deben llevar al monto de pensión mínima (la CCSS estima esta diferencia en aproximadamente ¢54 mil millones).

Por estas razones, en el citado oficio se recomienda que para contrarrestar esa problemática se debe eliminar la opción del retiro anticipado, recomendación que fue avalada por la Junta Directiva de la CCSS en el artículo 31 de la sesión N° 8803 del 1 de octubre del 2015, en el punto primero dispuso:

“1) Retiro anticipado: eliminar, en concordancia con la opción número 1, gradualmente en tres tramos, el retiro anticipado con reducción, para lo cual se instruye a la Gerencia de Pensiones, en coordinación con la Dirección Jurídica y la Dirección Actuarial y Económica, para que, con la celeridad del caso, se realicen los ajustes que procedan al Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.”

Con esta reforma se entendería que la presión sobre el flujo de efectivo del régimen señalada en el oficio DAE-0805-15 tendría que desaparecer gradualmente, pues desaparece la causa de dicho trastorno financiero.

2. Una segunda opción planteada en el oficio DAE-0805-15 para atacar la situación financiera a corto plazo generada por las pensiones anticipadas, consiste en una subvención en la pensión mínima, mediante la siguiente redacción del artículo 29 del Reglamento del Seguro de IVM:

“art.29

(...) la cuantía mínima de contribución no podrá ser inferior al 50% del ingreso o salario mínimo de contribución que se establezca conforme al artículo 34 de este reglamento. **Asimismo, en todos aquellos casos en donde el monto de pensión global generado con la aplicación de la fórmula de cálculo vigente, resulta ingresos al monto de pensión mínima, el Estado en condición subsidiaria aportará la diferencia. Para tal efecto, la Dirección actuarial y Económica anualmente efectuará los cálculos requeridos para la efectiva facturación al Estado.**”

(Lo resaltado corresponde al original)

3. En relación a las facultades de la CCSS, el artículo 73 de la Constitución Política dispone, en lo que interesa:

“Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense del seguro Social.

(...)”

De esta norma deriva la facultad del Estado, delegada en la Caja Costarricense del Seguro Social, para administrar todo lo relativo a los Seguros Sociales y, asimismo, la

contribución forzosa que tanto el Estado como los patronos y los trabajadores deben hacer para financiar el sistema. Sobre el Derecho a la Seguridad Social, la Sala Constitucional ha dicho:

"En cuanto a la coherencia que el artículo 36 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social debe tener con las normas constitucionales, procede indicar que el artículo 73 de la Constitución Política, interpretado armónicamente con el artículo 50 ídem, consagra el Derecho de la Seguridad Social. Este derecho supone que los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos en el más alto rango, de manera que garantice la asistencia y brinde las prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad para preservar la salud y la vida. El ámbito subjetivo de aplicación del derecho de la seguridad social incorpora el principio de universalidad, pues se extiende a todos los ciudadanos, con carácter de obligatoriedad. El ámbito objetivo asume el principio de generalidad, en tanto protege situaciones de necesidad, no en la medida en que éstas hayan sido previstas y aseguradas con anterioridad, sino en tanto se produzcan efectivamente. Además, incorpora los principios de suficiencia de la protección, según módulos cuantitativos y cualitativos y de automaticidad protectora, lo que se traduce en la adecuada e inmediata protección en materia de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Por expresa disposición constitucional, esta gestión ha de ser pública, a cargo del Estado, representado por la Caja Costarricense de Seguro Social, y la financiación responderá al principio cardinal de solidaridad social, pues se funda en la contribución forzosa y tripartita que realizan trabajadores, patronos y el Estado. En consecuencia, el artículo impugnado, en tanto desarrolla el Derecho a la Seguridad Social, debe adecuarse a los principios de universalidad, generalidad, suficiencia de la protección y solidaridad. Y derivado de este contenido esencial, resulta razonable que en atención a lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución

Política, la ley establezca medios efectivos de coerción, a fin de que la Caja Costarricense de Seguro Social, pueda recaudar los recursos económicos representados en las contribuciones instituidas por el constituyente, y pueda garantizar, así, la existencia del régimen autosuficiente de seguridad social, mediante el fortalecimiento del fondo creado para la protección y el beneficio de todos los habitantes del país" (Sentencia número 07393-98 de las nueve horas cuarenta y cinco minutos del dieciséis de octubre de mil novecientos noventa y ocho).

De lo anterior, se extrae que la CCSS tiene facultades suficientes para buscar los medios económicos para la adecuada gestión del Régimen de IVM, sin embargo, esa gestión está limitada por el principio de contribución forzosa y tripartita que realizan trabajadores, patronos y el Estado.

Con la modificación propuesta al artículo 29 citado, se recarga únicamente en el Estado, la obligación de cubrir las diferencias generadas en las pensiones anticipadas, situación a eventualmente podría tener roces de legalidad.

4. De acuerdo al artículo 177 de la Constitución Política para el cumplimiento de las obligaciones del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la CCSS rentas

suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Sin embargo, la CCSS al crear este tipo de obligaciones para el Estado no ha gestionado la creación de las rentas necesarias para tal efecto, por lo que se trata de un gasto sin fuente de financiamiento.

Sobre esta situación la Sala Constitucional mantiene el criterio que el Estado está obligado a cubrir las obligaciones en la medida que tenga ingresos suficientes.

5. De conformidad con el artículo 185 Constitucional la Tesorería tiene la facultad legal para pagar en nombre del Estado, sin embargo, del mismo artículo se extrae que para tal efecto recibirá las rentas, en el presente asunto la Tesorería tendría una imposibilidad material de cumplir la obligación creada por la CCSS pues no se han creado las rentas necesarias para pagar tal obligación.

6. Sobre este tema, la Tesorera Nacional emitió criterio mediante oficio TN-2010-2015, en el que manifestó que el Acuerdo de Junta Directiva de comentario pretende imponer al Estado una obligación adicional para cubrir los faltantes entre el monto mínimo de pensión y aquellas pensiones que resulten menores a ese mínimo, como resultado de la aplicación de la fórmula, que esa institución ha definido para el cálculo.

Al respecto, la señora Tesorera remarca que si bien se ha establecido un monto mínimo de pensión, también la CCSS ha determinado un monto máximo de pensión, que se justifica dentro de la definición de seguro solidario, (los que más ganan aportan más), no queda claro dentro de la integralidad del seguro de pensiones y su análisis actuarial qué pasa con aquellos montos sobrantes de cuotas que no son reconocidas en ese monto máximo de pensión, la lógica es que sirvan para atender estas necesidades.

Asimismo, coincide en que si bien el artículo 177 de la Constitución Política, indica la obligatoriedad del estado de garantizar la sostenibilidad de los seguros sociales, el mismo articulado señala que deben ser creadas las rentas necesarias para atender estas obligaciones, y las mismas no son previstas en la imposición que realiza la Junta de la CCSS.

Adicionalmente, señala que no puede obviarse en el análisis, el mando constitucional, artículos 176 y 179, donde se establece que no pueden incluirse o aumentarse gastos al presupuesto nacional, si no son señalados e incluidos los "nuevos ingresos", que deberán ser visados desde el punto de vista de efectividad fiscal por la Contraloría General de la República.

Continúa diciendo la señora Tesorera, que el artículo 177, ordena que en caso de producirse déficit por insuficiencia en las rentas creadas (no han sido creadas), el Estado asumirá; sin embargo es de primordial importancia indicar que la CCSS, cerró el año 2014, con un superávit de ¢118,075.768.834, lo que no justifica la imposición pretendida

Es de interés superior, analizar el contexto fiscal en donde surge esta pretensión, con un ya conocido déficit fiscal que alcanza el 6% y un déficit presupuestario para el 2016 del 6.9%, y en donde la CCSS ya tiene un peso en el presupuesto nacional de 2% del PIB y

que tal como se indicó sin que se hayan creado las rentas, estos recursos provienen de endeudamiento público.

Por último, se llama a la reflexión, más allá de las autonomías que se han definido en nuestra constitucionalidad, este país debe seguir estableciendo obligaciones al Estado, bajo una óptica muy reducida del mismo, circunscribiéndolo a Gobierno Central, sin que éstas se examinen o determinen desde la óptica fiscal y de sostenibilidad financiera y con un objetivo país. Mal haríamos si se establecen estas obligaciones y para atenderlas debe el Ministerio de Hacienda y Estado como tal, dejar de invertir en el combate a la pobreza y la educación.

7. Asimismo, mediante oficio DGPN.0695-2015 de fecha 17 de diciembre del 2015, la señora Marjorie Morera González, Directora General de Presupuesto Nacional, expresó los motivos por los cuales la propuesta de modificación al Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte no es viable desde el punto de vista presupuestario.

La Directora General de Presupuesto Nacional señala que el Estado tiene un acelerado deterioro de las finanzas públicas, con déficit primario que aumenta en forma dinámica y que es el principal impulsor de la deuda.

Asimismo, explica que previo a imponer al Estado obligaciones como la que se pretende al reformar el artículo 29 del Reglamento al IVM, se requiere un diálogo nacional, para realizar reformas fiscales que doten al Estado de las rentas necesarias para hacer frente a esa obligación.

En ese sentido, afirma que no apoya la propuesta de reforma, pues se estaría creando una obligación al Presupuesto de la República sin fuente de financiamiento”.

Con fundamento en lo expuesto, solicita modificar la propuesta de reforma al Reglamento de IVM, para que se extraiga la modificación al artículo 29, hasta tanto no exista un diálogo entre la CCSS y este Ministerio, para definir la viabilidad técnica y jurídica de dicha reforma, así como definir las rentas necesarias para cubrir el eventual compromiso del Presupuesto de la República”.

y la Junta Directiva, en el contexto de la audiencia pública que se está dando (artículo 7° de la sesión número 8818, celebrada el 17 de diciembre del año 2015 y artículo 22° de la sesión número 8826 del 18 de febrero del año 2016), en cuanto a la reforma a varios artículos del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte –en forma unánime- **ACUERDA** trasladar las citadas comunicaciones a la Gerencia de Pensiones, para que, en conjunto con los otros planteamientos que pudieren recibirse, se realice el análisis pertinente y se rinda un informe y recomendación a la Junta Directiva.

ARTICULO 13°

Se tiene a la vista la comunicación de fecha 26 de enero del año 2015, que firma el Ing. Álvaro Aguilar G., Presidente de Tecno Diagnóstica, dirigida a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Junta Directiva, en la que manifiesta que ante la resolución de la Contraloría General

de la República N° R-DCA-022-2016, en la que se anula el acto de adjudicación (*Licitación Pública N° 2014LN-000023-05101, promovida para “Pruebas múltiples efectivas de orinas”*), recaído sobre su representada, externa su preocupación sobre dicha resolución y solicita considerar, por parte de la Junta Directiva, una serie de hechos relacionados con la empresa Equitrón y documentación presentada, así como una serie de observaciones. Señala que una *“eventual readjudicación a favor de Equitrón sería a todas luces ilegal por no cumplir los requerimientos cartelarios y violatoria al principio de Eficacia y Eficiencia contemplados en los artículos 4 de la Ley de Contratación Administrativa y 2 de su Reglamento, que exige a la Administración el uso eficiente de los recursos Institucionales”*, por lo que refiere el siguiente cuadro comparativo de los precios de la oferta de Biocientífica, Tecno Diagnóstica y Equitrón:

CUADRO DE PRECIOS
LICITACIÓN PÚBLICA 2014LN-000023-05101,
“PRUEBAS MÚLTIPLES EFECTIVAS DE ORINAS”

OFERTA	PRECIO UNITARIO \$	PRECIO TOTAL \$	DIFERENCIA sobre Tecno Diagnóstica \$	DIFERENCIA % sobre Tecno Diagnóstica
Equitrón (oferta Base)	0.43	5,160,000.00	1,740,000.00	50.8
Equitrón (oferta Alternativa)	0.38	4,560,000.00	1,140,000.00	33.3
Tecno Diagnóstica	0.285	3,420,000.00	0.00	0
Biocientífica	0.26	3,120,000.00	-300,000.00	-8.77

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia de Logística y a la Dirección Jurídica, para su atención conforme en derecho corresponda.

ARTICULO 14°

Se tiene a la vista la comunicación de fecha 28 de enero del año 2015, que firma el Dr. Manuel León Alvarado, Exgerente Administrativo, dirigido a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, a los señores Directores de la Junta Directiva y al Lic. Jorge Arturo Hernández Castañeda, Auditor Interno, mediante la que, conforme con las regulaciones establecidas en la Ley de Control Interno y disposiciones de la Contraloría General de la República, hace entrega formal del Informe Final de Gestión 1° diciembre del año 2014 al 14 de enero del año 2016. Agradece el voto de confianza depositado durante el período que ejerció como Gerente Administrativo. El citado informe consta de: I. Presentación. II. Generalidades del Despacho Gerencial. III. Aspectos relevantes de la Gestión. IV. Retos y Desafíos y V. Anexos. En lo que interesa el apartado de Retos y Desafíos, en forma textual, se lee así:

“IV. Retos y Desafíos:

Durante este período, se confirma la necesidad de continuar trabajar fuertemente en la integración de los procesos de trabajo, el trabajo en equipo, el mejoramiento de los

climas laborales, el desarrollo de los colaboradores y la acción mancomunada de los esfuerzos de las distintas Gerencias, la Presidencia Ejecutiva y la Junta Directiva.

4.1. Acciones en Proceso

El éxito de proyectos que se encuentran en curso dependerá del apoyo que se continúe brindando, el direccionamiento y la articulación desde el nivel gerencial y las demás autoridades superiores. Seguidamente se enlistan algunos de los proyectos más destacados que se encuentran en proceso:

- *Solicitud de exoneración del impuesto "Pago único de combustibles"*
- *Implementación del plan nuevo de seguridad de los edificios centrales*
- *Rediseño de salidas de emergencia de los edificios centrales*
- *Dotación de más vehículos a nivel nacional*
- *Rediseño del consultorio médico*
- *Creación del centro de correspondencia documental para la recepción, registro, digitalización y distribución de documentos físicos y digitales*
- *Dar seguimiento al avance del Proyecto de Reestructuración*
- *Reestructuración de Prestaciones Sociales*
- *Definición aspectos relacionados con el Proyecto Desarrollo Integral de las funciones estratégicas de RRHH de la CCSS*
- *Presentación de costos de creación CAED*
- *Implementación RAC*
- *Política de Buen Trato*
- *Continuar con el ejercicio concursal para la asignación de plazas en propiedad*
- *Implementación de Tribunal de Concursos*
- *Directrices institucionales para la gestión de las personas 2015-2017 (políticas)*
- *Análisis sobre la implementación del Teletrabajo en la CCSS*
- *Análisis y reactivación de los estudios grupales*
- *Fortalecimiento del programa de Simplificación de trámites*
- *Esquema Delegación (acreditación como jefatura sobre potestades para firma)*
- *Estrategias para la definición e implementación de indicadores de desempeño laboral en la CCSS (Evaluaciones de desempeño por equipos de trabajo)*
- *Estudios de Clima Organizacional*
- *Resultado de la Encuesta de Motivación de funcionarios CCSS*
- *Campañas de Divulgación (Dirección de Comunicación Organizacional)*
- *Integración Comisión para la prevención de enfermedades cardiovasculares, (Dirección de Administración y Gestión de Personal, Dirección de Comunicación Organizacional, Dirección de Sistemas Administrativos, Dirección de Desarrollo Organizacional)*
- *Normativa para la formación y capacitación de auxiliares de enfermería*

4.2. Actividades a emprender

Entre los principales retos y desafíos que se considera tiene la Gerencia Administrativa, se pueden citar:

• Fortalecimiento de la Gestión

- ✓ Continuar brindando el apoyo que así requiera la Directora del Proyecto de Reestructuración del Nivel Central.
- ✓ Brindar la colaboración a unidades, tales como Dirección de Actuarial, Dirección de Planificación, Sistemas Administrativos, Desarrollo Organizacional, de cara a reorientar las propuestas de estructura organizacional correspondiente a su integración según el mapa de procesos.
- ✓ Fortalecimiento e integración del Sistema de Planificación Institucional con el Sistema de Control Interno.
- ✓ Revisar lo atinente al Mapa de Riesgos y desarrollar una política al respecto.
- ✓ Participación en la mesa de asuntos laborales requerida recientemente por las organizaciones sociales y sindicales.
- ✓ Apertura de un espacio preventivo permanente para atender propuestas o inquietudes, de los gremios y grupos sindicales.
- ✓ Fortalecer el diálogo y la atención a los funcionarios y grupos sindicales, para resolver de la mejor manera posible los conflictos laborales.
- ✓ Diseño e implementación del Modelo del Sistema de Gestión de Riesgos de Emergencias y Desastres de la CCSS, cuyo objetivo busca establecer el marco de acción institucional para la atención de este tipo de eventos.
- ✓ Brindar el apoyo para fortalecer las competencias de los brigadistas y cuerpos de apoyo institucional que integran los Comités de Emergencia, para el manejo de desastres.
- ✓ Normalización de insumos y metodologías para la implementación de los proyecto de Simplificación de trámites y mejora regulatoria.
- ✓ Fortalecimiento del servicio de traslado de pacientes, a fin de mejorar la calidad y eficiencia de este servicio, así como optimizar los recursos operativos y financieros.
- ✓ Implementación del "Centro de Correspondencia", a fin de contribuir de manera integral con la recepción, registro, digitalización y distribución de documentos físicos y digitales, que se reciben y distribuyen en las distintas unidades de Sede Central, tanto interna como externa, en cumplimiento con el marco legal y con el propósito de centralizar, normalizar y brindar trazabilidad a la correspondencia.
- ✓ Implementación de la Política Institucional para la Gestión de las Personas, a fin de consolidar un nuevo enfoque basado en la planificación, gestión y organización de los recursos humanos.
- ✓ Elaborar una propuesta de modelo de Prestaciones Sociales acorde con los lineamientos institucionales.
- ✓ Actualizar según los lineamientos institucionales el Esquema de Delegación
- ✓ Remitir el análisis correspondiente sobre estudios grupales a la Junta Directiva, a fin de determinar la viabilidad de fortalecer la gestión en las Unidades de Recursos
- ✓ Humanos y otras oficinas.
- ✓ Continuar brindado el apoyo logístico y administrativo a la Presidencia Ejecutiva en el Desarrollo del Proyecto de Recursos Humanos y CENDEISSS.

- ✓ *Participar activamente en la atención de situaciones que a solicitud de las unidades del Nivel Central, local, o gerencias, se requiera para la atención de conflictos.*
- **Fortalecer el sentido de pertinencia, el compromiso, la transparencia, las relaciones interpersonales y el buen trato.**

- ✓ *Desarrollo de una campaña de sensibilización dirigido al personal de la CCSS, a fin de brindar una atención más humanizada a los usuarios, en especial para las poblaciones de alta vulnerabilidad, como las indígenas y otras poblaciones marginadas.*
- ✓ *Fortalecimiento de acciones en deporte y recreación dirigidas a funcionarios y población en general, fomentando estilos de vida saludables y en alineamiento a las políticas institucionales en la materia.*
- ✓ *Presentación de una propuesta para el desarrollo y mejora integral de las condiciones, clima organizacional y el ambiente laboral de los trabajadores de la CCSS.*
- ✓ *Implementación y desarrollo de la propuesta para utilizar mecanismos alternativos de orden preventivo, para atender la conflictividad y las controversias a nivel institucional.*
- ✓ *Fortalecimiento de las capacidades institucionales en materia de salud ocupacional, mediante el trabajo en red y el uso de mecanismos de información y comunicación.*
- ✓ *Fortalecimiento del sentido de pertenencia a la Institución, a través del desarrollo e implementación de acciones relacionadas con cultura organizacional, valores y buen trato.*
- **Desarrollo de Sistemas de Información**

- ✓ *Implementación y desarrollo del sitio colaborativo, para socializar las agendas de la Gerencia y las Direcciones.*
- ✓ *Implementación de un sitio intranet, donde se coloque temas de interés, relacionados con la gestión Gerencial, a saber: planificación, presupuesto y control interno.*

No cabe duda la gran oportunidad de aprendizaje, de crecimiento personal y profesional, que he capitalizado durante el ejercicio del cargo de Gerente Administrativo, por espacio de un año y cuarenta y cinco días.

Al cierre de este periodo, me llevo una satisfacción y agradecimiento por el apoyo y consideraciones recibidas de todas y todos los funcionarios de esta Gerencia. El gran equipo de compañeras y compañeros con enormes competencias y ávidos de hacer las cosas mejor, han sido el ingrediente principal de lo logrado a la fecha y lo que está por consolidarse. Ahora puedo afirmar con entereza que todas y todos son compañeros que solo requieren ser impulsados hacia la acción, para que la Institución se levante totalmente del trance que ha vivido en los últimos años, recupere su imagen, se muestre vigorosa ante sus usuarios y siga siendo el baluarte de la salud, del desarrollo económico-social, de la democracia, del bienestar y de la paz social de esta querida nación”,

y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarla a la Presidencia Ejecutiva y Gerente Administrativo, para lo de su cargo.

ARTICULO 15°

Se tiene a la vista el oficio número AESS.2016/0040/02, fechado 2 de febrero del año 2016, suscrito por los señores Álvaro Alberto Salazar Morales, Secretario General; Rolando Lawson Marchena, Fiscal; Octavio Torres Rodríguez, Secretario de Finanzas y Sigifredo Zamora Galván, Secretario General Adjunto. Asociación de Empleados del Seguro Social (AESS), dirigido al Lic. Luis Guillermo Solís Rivera, Presidente de la República de Costa Rica, a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva de la CCSS, a los Miembros de la Junta Directiva de la CCSS, al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, al Lic. Ronald Lacayo Monge, Gerente Administrativo, al Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, a la Ing. Dinorah Garro Herrera, Gerente de Logística, a la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, al MBA. Jorge Arturo Hernández Castañeda, Auditor CCSS, al Lic. Víctor Morales Mora, Ministro de Trabajo, a la Sra. Marta Eugenia Acosta Zúñiga, Contralora General de la República, a la Licda. Montserrat Solano Carboni, Defensora de los Habitantes, al Lic. Álvaro Ramos Chaves, Superintendente de Pensiones, a Sres. Jefes de Fracción Asamblea Legislativa: Diputado Julio Rojas Astorga (Liberación Nacional), Diputado Gerardo Vargas Varela (Frente Amplio), Diputado Marco Vinicio Redondo Quirós (Acción Ciudadana), Diputado Johnny Leiva Badilla (Unidad Social Cristiana), Diputado Otto Guevara Guth (Movimiento Libertario), Diputado Gonzalo Ramírez Zamora (Renovación Costarricense), Diputado Óscar López Arias (Accesibilidad Sin Exclusión), Diputado Gerardo Alvarado Muñoz (Restauración Nacional), Diputado Mario Redondo Poveda (Alianza Demócrata Cristiana) y al Diputado Carmen Quesada Poveda (Independiente), en el que manifiestan una serie de consideraciones respecto de la no aplicación de la Base de Cotización Mínima en las planillas adicionales de la Caja, a la inobservancia en cometido de legalidad y reglamentaria para tales fines, que señalan causa pérdidas millonarias por no ingreso a sus finanzas. Solicitan que se investigue:

“El legislador otorgó a la Caja Costarricense de Seguro Social lo relativo a reglamentar la administración y funcionamiento de los seguros. Cuando la CCSS reglamentariamente establece una contribución mínima, ésta debe ser, de acuerdo con los estudios actuariales, la que otorgue viabilidad al régimen, pues con base en las cotizaciones se establecen los topes mínimos y máximos de pensión, por lo que no podría otorgarse una de ellas, aunque fuera la más baja, si no se ha cancelado el monto básico de las cuotas necesarias para obtenerlas”.

Refieren consideraciones sobre la cotización mínima está normada por la Caja en los artículos 34° del Reglamento de Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y 63° del Reglamento del Seguro de Salud; lo dispuesto por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia; la Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia; el “ambiente” para programas informáticos conocido como “CULLINET”, entre otros, para la facturación de planillas ordinarias y adicionales, posterior la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador; creación del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE); Sistema de Planilla Electrónica del Agente de Servicios (PEAS); Sistema Institucional para la Gestión de Inspección (SIGI); e indican que el SICERE cuenta con la certificación ISO 9001-2008.

Consideran que existe deficiencia en la implementación de los artículos 34° y 63° citados, por la evolución que ha tenido el SICERE, la cual se ha convertido en la principal herramienta tecnológica de trabajo, y llegan a la conclusión y consideración, en cuanto al derecho y obligación que tienen de participar los gestores, y su correspondiente retroalimentación en su ciclo de desarrollo no debe quedar en los formalismos sino que debe ser real, accesible, transparente y tutelado por alguna autoridad responsable y con facultad resolutoria, por lo que urge resolver para subsanar este lamentable acto de inobservancia que:

“1- Se precise y determine quienes han sido los responsables de no observar ni acatar el cometido de esos artículos supra citados.

2- Se realice la modificación y correctiva, lo más urgente posible.

3- Se cuantifique la totalidad de sumas dejadas de percibir a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social con la mayor celeridad que corresponda en derecho.

4- Que se solicite a la AUDITORÍA , realice una investigación retrospectiva desde la puesta en marcha del CULLINET, PEAS y SIGI -SICERE-“.

Por último, señalan que *“la Caja Costarricense de Seguro Social, el pasado 20 de enero 2016, publica y convoca a cualquier "ciudadano" que le opine sobre la tendencia de nueva reforma al Reglamento de Pensiones -su Transitorio-, claro EN TOTAL DETRIMENTO DEL EMPLEADOR -PATRONO- y en GRAN PERJUICIO AL DERECHO DE SUS CONTRIBUYENTES, que no tienen cabida ni razonamiento. Es decir suben reiteradamente monto de cotización, suben edad para pensionarse y bajan sensiblemente el subsidio logrado por cada contribuyente. PERO JAMAS EN DECADAS SE TIENE CONOCIMIENTO DE INVERSIONES SANAS Y PRUDENTE CAPITALIZACIÓN, como debiere para que este Régimen sea sostenible”*,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Financiera, para la atención correspondiente y que rinda el informe respectivo a la Junta Directiva, en un plazo de un mes.

ARTICULO 16°

Se tienen a la vista las comunicaciones que en adelante se detallan, fechadas 2 de febrero del año 2016, suscrita por el Dr. Pablo Guzmán Stein, Rector, Universidad Ciencias Médicas (UCIMED):

- I) Número REC-013-16, por medio de la que traslada el “Convenio Marco entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Ciencias Médicas”, para su respectiva valoración. Lo anterior, en atención a la resolución número 2015006840, emitida por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, donde se le confiere un plazo que no exceda los seis meses a la Caja Costarricense de Seguro Social para que formalice con las demás Universidades Privadas, un Convenio Marco similar al que tiene en la actualidad con la Universidad de Costa Rica. Señala que a la luz de la resolución citada, el documento adjunto, contiene las mismas condiciones del Convenio Marco que formalizó la CCSS con la UCR, siguiendo lo ordenado por la Sala Constitucional, destaca que el plazo conferido inició el pasado 20 de octubre del 2015, un día después de la notificación formal de la resolución integral emitida por la Sala Constitucional que recibió su representada, la cual consta en el expediente; mismo plazo que finaliza el próximo 20 de abril del 2016.

- II) Copia del oficio número REC-014-16, dirigida a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, por medio de la que traslada el Convenio Marco entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Ciencias Médicas”, para su valoración.
- III) REC-015-16, del 2 de febrero del año 2016, suscrita por el Dr. Pablo Guzmán Stein, Rector, Universidad Ciencias Médicas (UCIMED), mediante la cual traslada formal solicitud para que se le facilite el acuerdo de la Junta Directiva referente a la resolución N° 2015006840, emitida por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, la cual fue formalmente notificada el 19 de octubre de 2015, en que se confiere un plazo que no exceda los seis meses a la Caja, para que formalice con las demás Universidades Privadas, un Convenio Marco similar al que tiene en la actualidad con la Universidad de Costa Rica.

Se tiene que en el artículo 6° de la sesión N° 8802, celebrada el 24 de septiembre del año 2015, la Junta Directiva adoptó el acuerdo que literalmente se lee así:

“ARTICULO 6° Se tiene a la vista el oficio número DJ-4731-2015, de fecha 19 de agosto del año 2015, suscrito por el licenciado Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, 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), en el que atienden lo resuelto en el artículo 11° de la sesión N° 8778, mediante el que se solicita un análisis respecto de la propuesta de convenio con la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), a la luz del voto de la Sala Constitucional, sentencia N° 2015-6840, del 13 de mayo del año 2015, expediente N° 11-012361-0007-CO. El citado oficio textualmente se lee en estos términos:

“Atendemos su oficio 31.710, del 26 de mayo de 2015, mediante el cual se transcribe para los fines consiguientes, lo resuelto por la Junta Directiva, en el artículo 11° de la sesión N° 8778, celebrada el 21 de mayo de 2015, que literalmente dice:

“ARTICULO 11°

Se conoce el oficio número REC-052-2015 de fecha 11 de mayo del año 2015, suscrito por el Dr. Pablo Guzmán Stein, Rector de UCIMED, mediante el cual manifiesta que desde hace tres meses, se le indicó mediante oficio N° 24.548 (artículo 20° de la sesión N° 8764), que respecto a la propuesta de convenio para la formación de especialistas médicos en las instalaciones hospitalarias de la Caja, fue remitido a la Presidencia Ejecutiva para su análisis y recabar el criterio de la Dirección Jurídica. Señala que la carencia de especialistas médicos, más allá de un problema institucional, considera que es un asunto de interés público, y que el aporte sería de alrededor de un 50% de los médicos que conforman el gremio nacional, con los más altos estándares académicos de calidad. Solicita que se le brinde la posición oficial de la Caja respecto al convenio propuesto ya desde hace varios años y en forma reiterada,

y que espera sea positivo en aras de contribuir a la solución de un problema de salud de carácter nacional.

Se tiene que:

i. El Lic. Juan Luis Bermúdez Madriz, Asesor de la Presidencia Ejecutiva, mediante el oficio N° P.E. 24.623-15 de fecha 20 de febrero de 2015 y dirigido a la Dra. Sandra Rodríguez, Directora del CENDEISSS, le remite el criterio técnico y jurídico sobre la propuesta de convenio de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), para que los considere en la revisión de la normativa aplicable que está realizando el CENDEISSS, y de la cual queda a la espera de un informe para ser analizado en conjunto con la Gerencia Médica, y ser llevado posteriormente a la Junta Directiva.

ii. En el artículo 20° de la sesión N° 8764, celebrada el 19 de febrero del año 2015, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

“Se conoce el oficio número REC-015-15 de fecha 9 de febrero del año 2015, que firma el Dr. Pablo Guzmán Stein, dirigida a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Junta Directiva, y a los señores Miembros de la Junta Directiva, en el que solicita respuesta al oficio N° REC-100-14, de fecha 25 de noviembre de 2014, ya que a su representada le interesa conocer el criterio respecto de la posibilidad de realizar un convenio, para la formación de especialistas, en las instalaciones de la Caja.

Se tiene que en el artículo 13° de la sesión N° 8762, celebrada el 5 de febrero del año 2015, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

“Se ha recibido el oficio número REC-100-14, de fecha 25 de noviembre del año 2014, suscrito por el Dr. Pablo Guzmán Stein, Rector de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), en el cual informa que la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED) ha presentado en las últimas dos administraciones de la Caja un proyecto de convenio entre su representada y la Caja, para la formación de especialistas en los centros hospitalarios, una copia del cual anexa. Señala que tanto el Dr. Oscar Ricardo Fallas Camacho como el Lic. Adolfo Gutiérrez Jiménez son testigos de que este proyecto se había presentado en varias ocasiones. Comenta que aunque ese convenio tuvo la recomendación de la Gerencia Médica, la cual no fue aprobada, somete a la actual Junta Directiva, dada la gran importancia que tienen para el país el tema de la formación de especialistas, el proyecto para su conocimiento, análisis y consideración.

*Se tiene a la vista, asimismo, copia del oficio número P.E. 52.014-14, del 2 de diciembre del año 2014, que firma el Lic. Juan Luis Bermúdez Madriz, Asesor de Presidencia Ejecutiva, dirigido a la Gerente Médico y al Subgerente Jurídico, mediante el cual les remite copia del referido oficio N° REC-100-14, suscrito por el Dr. Pablo Guzmán Stein, Rector de la Universidad de Ciencias Médicas. Les agradece informar a ese Despacho si existe alguna variación en análisis previamente emitidos por sus respectivas oficinas en relación con dicha propuesta, con el propósito de analizarlo en una próxima reunión conjunta, o bien, en sesión de Consejo de Presidencia y Gerentes, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** quedar a la espera del criterio que ha sido solicitado a las instancias en mención”*,

*y la Junta Directiva **ACUERDA** comunicarle que el asunto está en análisis por parte de la Presidencia Ejecutiva, quien solicitó el respectivo criterio a la Dirección Jurídica.”*

*y la Junta Directiva **ACUERDA** solicitar a la Dirección Jurídica un análisis del asunto a la luz del voto de la Sala Constitucional, sentencia 2015-6840 de las 11:31 horas del 13 de mayo del año 2015, expediente: 11-012361-0007-CO.”*

ANTECEDENTES

1.- Mediante oficio D.J. 1118-2004 del 22 de marzo de 2004, se atendió oficio No. 7065, de la Gerencia Médica, mediante el cual se solicita criterio con el fin de determinar si el convenio suscrito con la Universidad de Ciencias Médicas dispone de fundamento legal que lo sustente. Se atendió la consulta en los siguientes términos:

“Al respecto se le indica que la Junta Directiva en artículo 25 de la sesión 7821 del 18 de diciembre del 2003 señaló: “Se toma nota de lo informado por el señor Presidente Ejecutivo, en el sentido de que ha procedido a la firma del Convenio con UCIMED (Universidad de Ciencias Médicas) y UNIBE (Universidad Iberoamericana) para estudios de posgrado”. Así las cosas, siendo que el convenio fue suscrito y firmado por el Presidente Ejecutivo el 17 de diciembre del 2003, y que la Junta Directiva lo aprobó, ésta Dirección se encuentra imposibilitada para revisar acuerdos resueltos por la Junta Directiva de la Institución, salvo a gestión de aquélla.”

2.- Posteriormente, mediante oficio DJ 3382-04 del 22 de julio de 2004, se atendió consulta de la Presidencia Ejecutiva de la Institución en relación con el oficio suscrito por la Diputada Joyce M. Zürcher B., en el que informa que en la Contraloría General de la República no aparece el refrendo del convenio firmado entre la UCIMED y la Caja, referente a los estudios de posgrado en Ciencias

Médicas y en el que solicita tomar las medidas del caso para poner a derecho tal situación. Al respecto, se atiende la consulta en los siguientes términos.

“EN CUANTO AL CONVENIO

El Convenio para Estudios de Posgrados Médicos, firmado entre la Caja y la Universidad de Ciencias Médicas, aprobado por la Junta Directiva en la sesión 7821 del 18 de diciembre de 2003, cuyo objetivo definido en la cláusula primera establece:

“PRIMERO: *Este convenio tiene como objeto regular los términos de relación entre la Caja y la Universidad para la ejecución de estudios de posgrados médicos, mediante la coordinación y supervisión conjunta de los programas académicos que acuerden realizar ambas entidades.”*

La cláusula cuarta establece, por su parte:

“La Caja, por medio de la Dirección Ejecutiva del CENDEISSS, definirá la disponibilidad de los campos clínicos pertinentes.”

El Reglamento de la actividad clínica docente en la Caja Costarricense de Seguro Social, en su artículo 2, define el campo clínico como:

“Ámbito donde sin detrimento de la calidad de atención al usuario, un estudiante puede desarrollar actividades clínicas o de apoyo clínico con fines de aprendizaje, bajo la supervisión profesional de docentes del propio ámbito asistencial, entendiéndose como hospital, clínica, centros de salud, equipo básico de atención integral en salud, o cualquier otra estructura que la Institución promulgue.”
De lo anterior se desprende que la finalidad del convenio es que los estudiantes realicen sus estudios, y la Caja por su parte asigne el campo clínico respectivo, no estableciéndose en ninguna parte del convenio la erogación de fondos públicos.

EN CUANTO AL REFRENDO

El Reglamento sobre el Refrendo de las Contrataciones de la Administración Pública en su artículo 1, establece en lo que interesa:

“1. Con las excepciones que se dirán requerirán del refrendo de la Contraloría General de la República las contrataciones, o convenios interinstitucionales y con sujetos de derecho privado que celebren los entes y órganos que integran la Administración Pública en el tanto comprometan fondos públicos.”

De la anterior transcripción se desprende que los convenios que deben contar con el refrendo de la Contraloría General de la República son aquéllos en los cuales existe una erogación de fondos públicos.

Siendo que en el presente caso no se trata de una contratación, cuya ejecución comprometa la erogación de fondos públicos, se considera que no se está en los supuestos de refrendo establecidos en el artículo 1 del Reglamento antes citado.

En conclusión, se considera que el convenio entre la Caja y la UCIMED, por no tratarse de una contratación onerosa, no requiere del refrendo de la Contraloría General de la República. Ello podría explicar la circunstancia de que, tal y como lo indica la diputada Zürcher, tal convenio no haya sido refrendado por la Contraloría.

Finalmente, se hace la observación de que, el convenio CAJA-UCIMED no fue sometido a revisión por parte de esta Dirección. No obstante lo expuesto, pareciera que el mismo se encuentra en ejecución, sin embargo, correspondería al CENDEISSS confirmar este supuesto.”

3.- Mediante oficio DJ 6164-2004 del 2 de diciembre de 2004, se atendió oficio D.E.-1734-04 del 25 de octubre de 2004 de la Dirección Ejecutiva del CENDEISSS, mediante el cual se consultó si el convenio para los posgrados médicos suscrito entre la Caja y la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), requiere del refrendo de la Contraloría General de la República. Al efecto se indicó que:

“Respecto del refrendo del Convenio suscrito con la UCIMED, esta Dirección Jurídica ya se ha pronunciado en los siguientes términos: El Reglamento sobre el Refrendo de las Contrataciones de la Administración Pública en su artículo 1, establece en lo que interesa:

Con las excepciones que se dirán requerirán del refrendo de la Contraloría General de la República las contrataciones, o convenios interinstitucionales y con sujetos de derecho privado que celebren los entes y órganos que integran la Administración Pública en el tanto comprometan fondos públicos.

De la anterior transcripción se desprende que los convenios que deben contar con el refrendo de la Contraloría General de la República son aquéllos en los cuales existe una erogación de fondos públicos.

Siendo que en el presente caso no se trata de una contratación, cuya ejecución comprometa la erogación de fondos públicos, se considera

que no se está en los supuestos de refrendo establecidos en el artículo 1 del Reglamento antes citado.¹

Si bien es cierto, tal y como se indicó, los convenios en los que no existe erogación de fondos públicos no requieren del refrendo, no necesariamente sea este el caso de todos los convenios que se suscriben en la Caja, pues en algunos de ellos se comprometen recursos institucionales. Por tal motivo, se considera oportuno que en todos los casos se remita los convenios a esta Dirección Jurídica para la verificación de legalidad correspondiente, situación que no se dio con el convenio suscrito con la UCIMED.

Por otra parte, se reitera el criterio emitido en varias oportunidades por parte de esta Dirección Jurídica², en el sentido de que no es prudente la proliferación de convenios con distintas universidades y que lo mejor para la Institución sería regular los estudios de posgrado en general para todas las universidades”.

4.- Luego, en oficio DJ-1983-2009 del 17 de marzo de 2009, se atendió oficio de la Gerencia Médica número 12197-5-A-09 recibido el 05 de marzo de 2009, mediante el cual se sometió a revisión de legalidad el proyecto del Convenio CCSS-UCIMED para la formación de especialistas en las instalaciones de la Caja. Al respecto, se indicó lo siguiente:

“Desde la perspectiva institucional la figura del convenio, independientemente si es adoptada con entidades de carácter privado, debe ser entendida como una técnica para obtener colaboración y cooperación orientada exclusivamente a la satisfacción de un interés público. Requisito que parece cumplirse con el presente convenio, no solo porque así se desprende de sus objetivos principales: a) lograr la capacitación de estudiantes que cursen la carrera de medicina en la UCIMED mediante campos docentes dentro de la Caja y b) solventar la inopia de médicos especializados en la Caja, sino también porque se encuentra respaldado por el respectivo estudio técnico (ver oficio ADF.CENDEISS-008-09 del 8 de enero de 2009, folios 173-171).

No obstante, conviene revisar si también se ajusta a la normativa institucional, principalmente en relación con el Reglamento que regula la formación de especialistas en ciencias médicas de la CCSS en las unidades docentes autorizadas y el Reglamento de la actividad clínica docente en la Caja Costarricense de Seguro Social. En ese sentido y una vez leído el proyecto se considera necesario que el texto se ajuste a las siguientes observaciones:

¹ Oficio D.J.-3382-04 del 22 de julio de 2004, suscrito por la Licda. Isabel Martínez Meneses, Abogada, y el Lic. Rodrigo Cordero Fernández, Director Jurídico Corporativo.

² Ver al efecto el oficio DJ-4179-2004 del 30 de agosto de 2004, suscrito por los licenciados Luis Fernando Chaves Rodríguez, Abogado, y Edwin Rodríguez Alvarado, Coordinador Área Asesoría.

- a) en el punto 14 de la cláusula octava, se debe aclarar cuáles son las competencias legales y reglamentarias que tendrán el Consejo Superior de Campos Docentes y el Consejo Académico Local.
- b) en la cláusula cuarta, párrafo primero se debe agregarse que además se garantizará los derechos a la privacidad, intimidad y calidad de los servicios de salud de los pacientes que serán atendidos por los estudiantes.
- c) debe agregarse en la cláusula quinta para que se entienda que los campos docentes serán otorgados de acuerdo con la normativa de la Caja.
- d) hacer referencia a la normativa que regulará el procedimiento bajo el cual se desarrollará el funcionamiento de la Comisión Coordinadora, establecida en la cláusula novena.
- e) de la cláusula décima deben revisarse los siguiente: en su inciso 3 debe dejarse expresamente señalado que le corresponde a la Caja autorizar las rotaciones y en inciso 4, debe aclarar que se entiende por seguro de salud.
- f) sobre los coordinadores docentes y los docentes debe tenerse entendido que tal función sólo puede ser desarrollada por funcionarios de la Caja, tal como lo estipula el artículo 19 del Reglamento de la actividad clínica docente en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- g) debe sustituirse la palabra “coordinar” con “informar”, en el punto 2 y “Comité Académico Local de la Unidad Docente” por “Dirección General de la Unidad Docente”, punto 4 de la cláusula undécima.
- h) sobre lo consignado en la cláusula vigésima segunda, debe indicarse que en caso de duda o laguna se interpretará de acuerdo con la normativa vigente en la Institución.
- i) debe variarse la redacción de la cláusula vigésima tercera a fin de que se ajuste a lo estipulado en el artículo 58 de la Ley Constitutiva de la Caja.
- j) agregar en la cláusula vigésima quinta la normativa aplicable a formación de especialistas médicos y a la actividad clínica docente en la Caja.
- k) de acuerdo con lo establecido en el artículo 24 de la sesión 7934 del 24 de febrero de 2005, debe eliminarse de la cláusula trigésimo segundo la referencia al proceso arbitral.
- l) el proyecto de convenio debe incluir como obligación de las partes involucradas el respeto por el derecho del consentimiento informado que tienen los pacientes.
- m) asimismo, incluir lo referente al costo estipulado en el artículo 25 del Reglamento de la actividad clínica docente en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- n) en la cláusula undécima, punto 7 (de los docentes) y en la cláusula duodécimo, punto 13 referente al uso del equipo, materiales, ropa e

instalaciones de la Caja, debe agregarse que ello se hará en estricto acatamiento de la normativa institucional.”

5.- Mediante oficio DJ-3176-2009 del 11 de mayo de 2009, se atendió oficio de la Gerencia Médica número 17067-5-A-09 mediante el cual se trasladó el proyecto del Convenio CCSS-UCIMED para la formación de especialistas en las instalaciones de la Caja. Al respecto, se indicó lo siguiente:

“Revisado por segunda ocasión, se verifica el cumplimiento de las recomendaciones contenidas en el oficio SJ 1983-2009, por lo que esta Asesoría no encuentra objeción alguna para que el convenio en estudio sea suscrito.”

Como se observa de lo transcrito, en diciembre de 2003 la Caja procedió a suscribir un convenio para estudios de posgrados médicos con la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), con una vigencia de cinco años, por lo que a la fecha dicho convenio se encuentra fenecido por expiración del plazo. Vale indicar que el mismo no fue remitido a la Dirección Jurídica para visto bueno.

6.- Posteriormente mediante oficio DJ-3176-2009 se había otorgado visto bueno al proyecto del Convenio CCSS-UCIMED para la formación de especialistas en las instalaciones de la Caja, sin embargo según lo indicado en el CENDEISSS, por la Licda. Sofía Emiliana Carvajal Chaverri asesora legal de ese Centro, en los registros no consta que dicho convenio fuera aprobado por la Institución o que el mismo haya entrado en ejecución.

7.- El señor Pablo Guzmán Stein, en representación de la Escuela Autónoma de Ciencias Médicas (Universidad de Ciencias Médicas), interpuso Acción de Inconstitucionalidad ante la Sala Constitución, para que declararen inconstitucionales los artículos 1, 4, 5 y 20 del Reglamento que regula la Relación del Residente y su compromiso como especialista en Ciencias de la Salud con la CCSS por medio del Sistema de Estudios de Posgrados de la UCR, por estimarlos contrarios a los artículos 33, 34, 39 y 41 de la Constitución Política; dicha acción se tramita bajo el número de expediente 11-012361-0007-CO.

Dichas normas se impugnaron por cuanto el recurrente consideró que establecen una discriminación evidente y manifiesta respecto de las universidades privadas, ya que por una parte se autoriza de pleno derecho el funcionamiento de los posgrados médicos de la UCR, y por otra se discriminan abiertamente a las universidades privadas que tengan Escuelas de Medicina, al exigírseles como requisito previo a la celebración de convenios con la Caja Costarricense de Seguro Social, la valoración de costos y estudios técnicos, además de un estudio de mercado sobre la demanda de especialistas médicos.

8.- Mediante oficio No. 31.710, del 26 de mayo de 2015, y oficio P.E. 45.684-15, del 28 de julio de 2015, se solicita a la Dirección Jurídica un análisis del asunto a

la luz del voto de la Sala Constitucional, sentencia No. 2015-6840 de las 11:31 horas del 13 de mayo de 2015, expediente No. 11-012361-0007-CO.

CRITERIO JURIDICO

Una vez aclarados los antecedentes relacionados con la solicitud de firma de un convenio para la formación de Especialistas por parte de la UCIMED, vale indicar en relación con el voto 2015-6840 de las 11:31 horas del 13 de mayo del 2015, que según información suministrada por la Sala Constitucional dicha sentencia se encuentra en la etapa de recolección de firmas desde el 18 de mayo, por lo que hasta tanto no se encuentre firmado por los magistrados de la Sala que concurrieron en la votación dicha resolución no será notificada en los términos señalados en el artículo 90 de la Ley de Jurisdicción Constitucional.

Siendo que lo que se tiene conocimiento es del Por Tanto de dicha resolución, el cual indica:

“Se declara con lugar la acción y se declara inconstitucional la omisión de la CCSS de suscribir acuerdos con universidades privadas que se encuentren en capacidad, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, de ofrecer un posgrado en la carrera de medicina, para regular las relaciones entre los residentes y su compromiso como eventuales especialistas de esa entidad.

Se le ordena a la Caja que proceda en un plazo que no exceda los seis meses, a instancia expresa de las universidades privadas que así requieran, siempre que regulan las condiciones de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente para ofrecer un posgrado en la carrera de medicina, suscribir los acuerdos bajo los mismos términos con que negocio el que mantiene con la Universidad de Costa Rica sin imponer requisitos diferentes.”

Por lo que se debe tener presente primero, que la sentencia No. 2015-6840 al no encontrarse todavía firmada no puede ser notificada a las partes ni a la Procuraduría General de la República; en tal tesitura, tampoco se conoce el contenido íntegro de dicha resolución por lo que se desconoce el razonamiento y motivos de la Sala que originó la declaratoria de inconstitucionalidad.

Que en relación con lo anterior, una vez notificada la Institución en caso de considerarse que existen dudas en cuanto a sus alcances puede solicitar una aclaración y/o adición de los mismos.

Por lo anterior, se recomienda a la Administración estarse a la espera de la notificación de la sentencia No. 2015-6840, a efecto no solo de conocer el Por tanto de la misma sino también el razonamiento y motivos que llevaron a la Sala a declarar la inconstitucionalidad en dicho caso.

No obstante lo anterior, y teniendo en consideración los antecedentes ya citados esta Dirección Jurídica reitera lo señalado en cuanto a que no existe impedimento legal para que la Caja procediere a la firma de un convenio para la formación de médicos especialistas con la UCIMED, teniendo en consideración que el propio Reglamento de la Actividad Clínica Docente en la CCSS reconoce en su artículo 2 como entidad docente:

“Entidad Docente: Institución de educación superior pública o privada, debidamente autorizada por el Consejo Nacional de Rectores (CONARE) o el Consejo Nacional de Educación Superior Privada (CONESUP) para formar o capacitar recursos humanos en ciencias de la salud y afines.”

Sea que ya dicha norma permite que sean no solo instituciones de educación superior públicas, caso de la Universidad de Costa Rica, sino también privadas como es el caso de la UCIMED quienes puedan formar o capacitar recursos humanos en ciencias de la salud en instalaciones de la Caja, y en tal sentido también formar especialistas en medicina, cumpliendo para ello con las disposiciones que al efecto ha dictado la Institución, y teniendo en consideración que la asignación de los campos docentes lo sería en el tanto la Institución cuente con capacidad instalada para ello, entre otros aspectos que corresponde valorar y determinar a la Administración.

Siendo que se ha considera que no existe impedimento legal para la suscripción de un Convenio como el propuesto por la UCIMED, revisado el texto de la propuesta presentada por el representante de dicho centro de educación superior se hacen las siguientes observaciones:

*En la **cláusula primera** se recomienda que se incluyan las definiciones en la misma, y no mediante anexo.*

*En la **cláusula segunda** se recomienda que se incluya también que la relación abarca a los médicos residentes que se formen de conformidad con dicho Convenio.*

*En la **cláusula cuarta** se recomienda que en el párrafo final no solo se indique que se debe respetar el derecho sino que se debe contar con el consentimiento informado del paciente.*

*En la **cláusula quinta** se recomienda revisar desde el punto de vista técnico administrativo la obligación asumida en el párrafo segundo por parte de la Caja.*

*En la **cláusula sexta** se recomienda revisar la redacción de la cláusula primera, en especial la consideración de que se asignen en forma “preferente” los campos docentes, así como el hecho de que se indique que las rotaciones se circunscriben al área metropolitana.*

*En la **cláusula sexta** se hace referencia a unos parámetros establecidos en la cláusula séptima del convenio, sin embargo, revisada dicha cláusula no se observa que en la misma se refiera a dichos parámetros, por lo que se recomienda se ajuste dicha redacción.*

*En la **cláusula séptima** se recomienda aclarar la competencia del CENDEISSS, el Consejo Superior de Campos Docentes y el Consejo Académico Local en la asignación de los campos docentes.*

*En la **cláusula octava** se recomienda que se indique la forma en que se integra y las funciones del Consejo Superior de Campos Docentes.*

*En la **cláusula novena** se recomienda revisar la redacción del punto cuatro, porque no se indica qué instancia de la Caja avalaría las nuevas funciones que se considere debe asumir la comisión coordinadora.*

*En la **cláusula décima** revisar si el concepto de práctica docente cubre todas las actividades que se realizarán en virtud del uso del campo clínico, así como qué sucedería si los daños o perjuicios se generan o reclaman con posterioridad a la finalización del año.*

*En la **cláusula décima punto 7** se hace referencia a un anexo 4, pero no se observa que se incluya en la documentación que se adjunta a la consulta; tampoco se observa que se indique qué instancias serían las competentes para establecer responsabilidades disciplinarias y civiles en caso de incumplimiento por parte de los Médicos Residentes de los deberes y obligaciones que asumen al utilizar un campo docentes, ni tampoco las sanciones que se les podría establecer.*

Asimismo, se recomienda establecer las sanciones o consecuencias para la UCIMED en caso de incumplir con las obligaciones señaladas en la cláusula decima del proyecto de convenio.

Se recomienda, también, que se regule el procedimiento en caso de que la Caja deniegue el ingreso de un candidato a Médico Residente.

*En la **cláusula undécima** se recomienda aclarar en el caso de los coordinadores docentes donde realizaran sus funciones. Asimismo, en el punto 4 se recomienda aclarar si el concepto de “Dirección General de la Unidad Docente” se refiere a la Dirección Médica del centro asistencial.*

*En la **cláusula duodécima** se recomienda revisar el punto 3 en cuanto a la posibilidad de que el médico residente pueda firmar documentos oficiales de la Caja, como recetas, exámenes, procedimientos diagnósticos, etc. En el punto 7 se recomienda revisar que el médico residente deba cotizar para el régimen de invalidez, vejez y muerte y aclarar quién suscribiría la póliza de riesgos profesionales.*

*En la **cláusula décimo cuarto** se recomienda revisar la parte final del segundo párrafo en cuanto a que se contabilice el atraso en la disposición de plaza como parte del tiempo que debe laborar, y la forma en que se empieza a contar dicho plazo de atraso.*

*En la **cláusula décimo sétimo** se recomienda aclarar que el número de campos se asignará según las posibilidades que determine la Caja.*

*Se recomienda revisar la procedencia de lo establecido en la **cláusula vigésimo octava** en cuanto a la incorporación de documentos adicionales.*

*En la **cláusula trigésimo segunda** se debe actualizar los datos de la Gerente de la Caja.*

Aunado a lo anterior, se recomienda a la Administración que se incluya en el Convenio una cláusula en que se desarrolle la obligación de la UCIMED de pagar a la Caja el costo de los campos clínicos que la Institución defina, de conformidad con los plazos y forma de pago que se establezca, así como las consecuencias en caso de que no se realice dicho pago en los términos señalados.

Por último, se le recuerda a la Administración que se debe conformar un expediente administrativo con todos los antecedentes para la suscripción del presente convenio, en el cual debe constar entre otros documentos, personería de las partes, justificación para el convenio, estudios técnicos que avalan la suscripción del mismo”.

Además, se ha recibido el oficio número P.E. 45.584-15 de fecha 28 de julio del año 2015, suscrito por la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, al que adjunta la nota N° REC-058-2015, de fecha 20 de mayo del año 2015, suscrita por el Dr. Pablo Guzmán Stein, Rector de la Universidad de las Ciencias Médicas de Centro América (UCIMED), debido a que en esa instancia no se registra la recepción de la citada nota. En lo que interesa, en la nota número REC-058-2015, el Dr. Guzmán, se refiere a la acción de inconstitucionalidad interpuesta por la UCIMED, ante la Sala Constitucional, tramitada en el expediente 11-012361-0007-CO, la cual indica que fue resuelta con lugar mediante la sentencia estimatoria N° 2015-6840 de las 11:31 hrs., del 13 de mayo del año en curso. Señala que, mediante el voto, la Sala IV declaró inconstitucional la omisión de la Caja de suscribir un convenio con las universidades privadas para la formación de médicos especialistas y declara, además, su obligación de suscribir acuerdos con las universidades privadas que se encuentren en capacidad de ofrecer un posgrado en la carrera de medicina, para lo cual le otorga un plazo de seis meses. Dichos acuerdos, deben contemplar los mismos términos del convenio vigente con la Universidad de Costa Rica, la cual hasta ahora era la única institución autorizada para formar especialistas utilizando instalaciones de la Caja. Asimismo, refiere que el dispositivo de la sentencia es claro y el voto de mayoría no deja ningún espacio a dudas acerca de lo que el más alto Tribunal sentencia y ambas partes involucradas en el caso deberán atenerse a su literalidad y espíritu. Reitera la más entera disposición de iniciar a la brevedad posible las conversaciones y negociaciones necesarias para dar cumplimiento cabal y oportuno,

esto es dentro de los términos de referencia y el plazo estipulados a la sentencia constitucional, como corresponde en un Estado de Derecho. Por tanto, mantienen abierto todos los canales de comunicación que sean necesarios para dar forma y contenido al convenio señalado por la Sala Constitucional, el cual se había formulado con iniciativas respetuosas ante la Caja, desde el año 2009.

Por tanto, la Junta Directiva ACUERDA comunicar a la Universidad de las Ciencias Médicas (UCIMED) que, en el contexto de los análisis y conforme jurídicamente corresponda, la Institución está realizando las determinaciones de necesidades de especialistas para solventar los requerimientos, lo cual, en su momento, se hará del conocimiento público.

En ese sentido, se traslada a la Gerencia Médica el referido criterio de la Dirección Jurídica, visible en la nota número DJ-4731-2015, así como el oficio número PE.45.584-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva”,

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlas a la Gerencia Médica, para que, de conformidad con lo acordado en el artículo 6° de la sesión N° 8802, celebrada el 24 de septiembre del año 2015, atienda las solicitudes conforme corresponda.

Se retiran temporalmente del salón de sesiones los Directores Gutiérrez Jiménez y Alvarado Rivera.

ARTICULO 17°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-47959-2016, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 18°

Se tiene a la vista la comunicación (recibida por la vía electrónica), de fecha 3 de febrero del año 2016, suscrita por el Lic. José Marvin Orozco Rosés, Máster en Gestión y Finanzas Pública-UNA- Egresado Doctoral Gestión Pública y Ciencias Empresariales-ICAP. Dirección General de Presupuesto Nacional, Unidad de Seguimiento y Control de la Ejecución Presupuestaria, en la que se refiere que es estudiante del Doctorado en Gestión Pública y Ciencias Empresariales del Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), Sede Costa Rica; es egresado y se encuentra redactando su tesis doctoral, la cual ha titulado momentáneamente “*Estrategias innovadoras para el financiamiento en el mediano y largo plazo del seguro de salud administrado por la CCSS*” e indica que ya tiene implementado el mapa sinóptico que orienta la investigación. Plantea la posibilidad de exponer la importancia en que radica su investigación y se valore su traslado a la Caja, señala que no a trabajar sino a estar de cerca, para estudiar y determinar la razón de la situación financiera que según la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (Organización Mundial de la Salud) no va a permitir a la Caja ir más allá del año 2017, provocando serios perjuicios en la calidad de la atención a la ciudadanía en materia de salud. Dado lo anterior, solicita un espacio ante la Junta Directiva para tratar el tema y valorar su traslado; además manifiesta que se enteró de que están implementando un “*Plan de Innovación*

para la CCSS” y quisiera ser parte de ese grupo, con el aval del Órgano Colegiado, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarla al Consejo de Presidencia, para lo que corresponda.

ARTICULO 19°

Se tienen a la vista las comunicaciones números:

- a) GF-50.198, de fecha 3 de febrero del año 2016, suscrita por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, mediante el cual atiende lo resuelto en el artículo 21° de la sesión N° 8816 y en el artículo 8° de la sesión N° 8822, relacionado con los oficios de la Defensoría de los Habitantes números 10.838-2015 DHR y 12.758-2015-DHR-GA, expediente N° 160828, sobre el pago del 60% correspondiente al subsidio por accidentes de tránsito, y adjunta copia del oficio N° DCE-037-01-2016, de fecha 22 de enero del año 2016, suscrito por el Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, en que brinda respuesta a la Defensoría de los Habitantes. El oficio N° DCE-037-01-2016 contiene antecedentes, planteamiento, criterio y la siguiente conclusión:

“1. La Institución emite oficio GM-36.167 del 10 de setiembre del 2015 con directriz para la recepción electrónica de documentos del INS para trámite de pago de subsidio por Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA), donde en una primera etapa se cambió el tipo de documento y se estableció el "certificado para trámite subsidio del SOA".

2. Conscientes que la seguridad que puede tener este documento "certificación para trámite subsidio del SOA" impreso físicamente, y que se está utilizando actualmente no es el óptimo, se trabaja para que el mismo sea enviado en formato PDF y firmados digitalmente directamente del INS a las diferentes Áreas de Salud.

3. Se estima que al finalizar el primer trimestre de este año 2016, ya no se requiera la impresión física de la "certificación para trámite subsidio del SOA" ni su traslado por parte del paciente lesionado a las áreas de salud. Actualmente, de forma digital la "certificación para trámite subsidio del SOA" se encuentra habilitada en tres áreas de salud de Cartago, donde se inició como plan piloto.

4. Se aprueba por ambos Presidencias Ejecutivas, desarrollar un módulo de WEB SERVICE, el cual, se proyecta pueda estar habilitado en abril 2016, pasando del formato digital PDF al formato HXL, con lo cual, coadyuvaría a que el paciente no se traslade con el documento en físico a su área de adscripción.

5. En relación con el pago de las incapacidades a nombre de los señores Obando Pérez y Medina Tijerino, una vez analizada la situación presentada por parte de las instancias competentes y determinada la procedencia del pago de las mismas, la Doctora Liza

Vásquez Umaña, Coordinadora de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, procederá de manera inmediata a establecer las coordinaciones necesarias tanto a nivel de la Gerencia Médica como del Hospital Enrique Baltodano Briceño de Liberia, para que se realice la cancelación de dichos subsidios a las personas indicadas en el menor tiempo posible. De esto último, la Gerencia Médica estará informando oportunamente a la Junta Directiva,

Gerencia Financiera y Defensoría de los Habitantes sobre la materialización de dichos pagos”.

- b) Número 01049-2016-DHR-[GA], solicitud de Intervención N° 160828-2014-SI MG, de fecha 8 de febrero del año 2016, suscrita por la MSc. Hazel Díaz Meléndez, Directora de Control de Gestión Administrativa, Defensoría de los Habitantes, dirigida a la Junta Directiva CCSS, a la Junta Directiva Instituto Nacional de Seguros (INS), a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, CCSS, al Lic. Elián Villegas Valverde, Presidente Ejecutivo del INS, al Sr. Juan Carlos Medina Tijerino y al Sr. Esteban José Obando Pérez, mediante el cual comunica el cierre de expediente en seguimiento N° 160828-2014 (contenido en el apartado a); el citado oficio, en forma textual, se lee así:

“De conformidad con las potestades conferidas por el ordenamiento en su Ley de Creación N° 7319, la Defensoría de los Habitantes inició una Investigación de Oficio en punto al problema que enfrentan los y las habitantes con el pago del 60% correspondiente al subsidio por accidentes de tránsito. Lo anterior a partir de la recepción de diversas denuncias presentadas por los afectados.

Sobre el particular, el inicio de la investigación parte de las solicitudes de intervención presentadas por habitantes en diferentes Sedes Regionales, que señalan que tras sufrir accidentes de tránsito, acudieron al Instituto Nacional de Seguros (INS), para el cobro del 40% del subsidio, lo cual se efectuó; sin embargo, la concreción del cobro del 60% que le corresponde a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) no ha podido concretarse, hasta tanto los asegurados no presenten un certificado médico que debe ser extendido por el INS, con el detalle de la atención brindada y los montos cancelados a fin de poder calcular el monto a pagar.

La CCSS justifica su actuar a los habitantes a partir de una modificación al artículo 73 del Reglamento de incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud que fuera publicada en La Gaceta N° 102 del 29 de mayo el 2014.

Por su parte, de conformidad con nota emitida a los interesados, el INS indicó que la institución no está preparada para extender el mismo, por cuanto la CCSS ha aceptado por más de dos décadas, el documento de epicrisis extraído del expediente. Tomando en cuenta lo anterior, los interesados no han logrado cobrar el subsidio ante la CCSS, el cual constituye su único ingreso para sus familias”,

y la Junta Directiva- por unanimidad- **ACUERDA** tomar nota de que, conforme se indica, se ha procedido al cierre del expediente, y trasladar el oficio en referencia a la Gerencia Financiera, para lo correspondiente.

ARTICULO 20°

Por unanimidad, **se declara la firmeza** de los acuerdos hasta aquí adoptados en relación con la correspondencia hasta aquí tratada.

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

ARTICULO 21°

La señora Presidenta Ejecutiva se refiere al oficio N° P.E. 0365-2016, de fecha 9 de febrero del año 2016, a la que adjunta la invitación para participar en la Conferencia “*Presentación del Estudio Financiero Actuarial EsSalud-2015*”, que se realizará el 9 de marzo del año 2016, en el Auditorio Samuel Gleiser de la Cámara de Comercio, en Lima, Perú; se anexa la nota número GCSPE-ESSALUD-2016, firmada por el señor Felipe Chu Wong, Gerente General de Seguros y Prestaciones Económicas EsSalud.

Concuerdan los señores Directores con que participe el Director Alvarado Rivera y, en el evento de que no le sea posible, asista el Director Devandas Brenes.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio N° P.E. 0365-2016, de fecha 9 de febrero del año 2016, firmado por la señora Presidenta Ejecutiva, teniendo a la vista la invitación para participar en la Conferencia “*Presentación del Estudio Financiero Actuarial EsSalud-2015*”, que consta en la nota GCSPE-ESSALUD-2016, firmada por el señor Felipe Chu Wong, Gerente General de Seguros y Prestaciones Económicas EsSalud, que se realizará el 9 de marzo del año 2016, en el Auditorio Samuel Gleiser de la Cámara de Comercio, en Lima, Perú, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** designar al Director Renato Alvarado Rivera, a quien se le concede el respectivo permiso con goce de dietas para las sesiones comprendidas entre el 8 y e 11 de marzo próximo.

Se toma nota de que los gastos de traslado, estadía y alimentación serán sufragados por la OIT (Organización Internacional del Trabajo).

Se dispone, asimismo, que en el evento de que al Director Alvarado Rivera no le sea posible asistir, se designa al Director Mario Devandas Brenes, a quien se le concedería el respectivo permiso con goce de dietas para las sesiones comprendidas entre el 8 y el 11 de marzo próximo.

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

El Director Devandas Brenes se retira temporalmente del salón de sesiones.

ARTICULO 22°

La señora Presidenta Ejecutiva se refiere a la invitación que ha recibido para participar en el Lanzamiento de EU-CELAC Joint Initiative on Health Research and Innovation (JIRI-Health), que tendrá lugar el 15 de marzo próximo, en Bélgica, Bruselas, en razón de lo cual solicita el respectivo permiso con goce de salario.

A una consulta, la doctora Sáenz Madrigal anota que se trata de un proyecto que tiene que ver con investigación en sistemas y servicios de salud; uno de los casos que se ha estado anotando es, precisamente, la visita de los italianos que están en Costa Rica apoyando el programa del cáncer de la CCSS. El otro delegado por el Ministerio de Salud de Italia es el doctor Alfredo Cesario y se está elaborando el convenio de cooperación entre Italia y Costa Rica.

El Director Fallas Camacho señala que es importante que se prepare personal de la Institución.

Sobre el particular, doña Rocío anota que así es.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta, con el debido respeto, que no cree que un viaje de un día dé un aporte.

Adiciona la doctora Sáenz Madrigal que tiene alrededor de cuatro años de estar participando en esas sesiones y ya ha mencionado los vínculos establecidos.

A una interrogante, la señora Presidenta Ejecutiva refiere que existe un proyecto que se llama EU-CELAC Joint Initiative on Health Research and Innovation (JIRI-Health) entre la Unión Europea y América Latina, y ella fue seleccionada como una autoridad en salud dentro de lo que se llama el Advisory Boards como instancia asesora de ese grupo de proyecto de la Unión Europea. Participa ahí por haber sido una persona con una trayectoria en salud pública por haber sido Ministra de Salud y el cargo que ocupa en la actualidad. El Proyecto en referencia está en su cuarto año, de manera que tendrá lugar la cuarta reunión que corresponde al lanzamiento de los resultados del Proyecto en la Unión Europea. Por tanto, está solicitando el permiso con goce de salario para asistir a la actividad en referencia y los gastos serán cubiertos por los organizadores. Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, excepto por los Directores Barrantes Muñoz y Gutiérrez Jiménez.

Por lo tanto, conocida la información que presenta la señora Presidenta Ejecutiva, en términos de que, en su carácter personal y profesional, ha sido invitada a participar en el Lanzamiento de EU-CELAC Joint Initiative on Health Research and Innovation (JIRI-Health), que tendrá lugar el 15 de marzo próximo, en Bélgica, Bruselas; se trata del Proyecto EU-CELAC Joint Initiative on Health Research and Innovation (JIRI-Health) entre la Unión Europea y América Latina, y fue seleccionada como una autoridad en salud dentro del Advisory Boards por haber sido una persona con una trayectoria en salud pública, la Junta Directiva, dadas las citadas consideraciones –por mayoría- **ACUERDA** concederle permiso con goce de salario del 14 al 16 de marzo del año en curso, a efecto de que participe en la actividad en referencia.

Se toma nota de que los organizadores cubren los gastos de transporte y estadía.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Barrantes Muñoz (el Director Gutiérrez Jiménez le da la firmeza). Por consiguiente, el acuerdo se adopta en firme.

El Director Barrantes Muñoz se retira temporalmente del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el Director Devandas Brenes.

ARTICULO 23°

La señora Presidenta Ejecutiva se refiere a los términos de nota del 10 de febrero del año 2016, suscrita por el Dr. Oscar R. Fallas Camacho, Vicepresidente de la Junta Directiva, en la que se atiende lo resuelto en el artículo 6° de la sesión número 8822 del 28 de enero en curso, en cuanto al informe relativo al DFOE-SOC-IF-26-2015 “*Auditoría operativa ejecutada en la Caja*”

Costarricense de Seguro Social sobre la eficiencia y eficacia de la gestión del servicio de consulta externa-medicina general en el primer nivel de atención”.

El informe, en lo conducente, se lee así:

D) “ANTECEDENTES:

- 1) La Junta Directiva de la Caja, en el artículo 6° de la sesión N° 8822, celebrada el 28 de enero del año 2016, conoció el citado Informe y, en lo medular, acordó:

*“... solicitar al licenciado Manuel Corrales Umaña, Gerente de Área Fiscalización de Servicios Sociales, Contraloría General de la República, que realice una presentación del citado informe a los Gerentes y a los miembros del grupo tarea que analiza la *Propuesta de fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud.*”*

- 2) **Resumen ejecutivo del Informe:** el resumen ejecutivo del informe en referencia que prepara la Contraloría se transcribe seguidamente:

“RESUMEN EJECUTIVO

¿Qué examinamos?

La auditoría evaluó la eficacia y eficiencia en la prestación del servicio de consulta externa, medicina general en el Primer Nivel de Atención, brindado por la CCSS, con el fin de propiciar mejorar en componentes de ese servicio, por medio del análisis de indicadores de eficiencia, eficacia del servicio y la satisfacción percibida por el usuario.

¿Por qué es importante?

La Reforma del Sector Salud, cuyos objetivos primordiales estaban relacionados con el aumento de la capacidad institucional, que pretendió rediseñar la organización y funcionamiento del sistema de salud, impulsó un modelo de atención para poner énfasis en la atención primaria.

Estos objetivos se enmarcaron en los principios orientadores de universalidad, equidad y solidaridad del Modelo de la Seguridad Social y entre los principales ejes se destacó la necesidad de canalizar una mayor proporción de los recursos hacia las acciones de salud preventiva y promoción de estilos de vida saludables en la población, que disminuyeran la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, redujeran la demanda por servicios de atención de la salud en el Segundo y Tercer Nivel de Atención y abarataran los costos del sistema de salud, de allí que resulta de especial relevancia para este Órgano Contralor valorar esta temática.

¿Qué encontramos?

Una vez concluida la presente auditoría, esta Contraloría General determinó que los recursos asignados al Primer Nivel de Atención, durante los últimos diez años, han sido en promedio menores con respecto al Segundo y Tercer Nivel de atención, situación que va en dirección contraria respecto de lo que se pretendía en la Reforma del Sector, en el sentido de permitir una mayor capacidad resolutoria de este Primer Nivel y reducir la

demanda por servicios en el Segundo y Tercer nivel, y por ende, abaratar los costos del sistema de salud en su integralidad.

A mayor detalle, se tiene que el indicador aplicado por este órgano Contralor arrojó que en promedio el Primer Nivel de Atención ha tenido una participación del 27% de total de los recursos disponibles para el período 2005-2014, en tanto el Segundo Nivel de Atención mantiene en promedio una participación mayor del 36% y el Tercer Nivel de Atención mantiene la mayor asignación de los recursos con un 40%, aunque con una tendencia a la baja en el 2014 del 37%.

A su vez se encontró que, el servicio de consulta médica que brindan las Áreas de Salud mostró un deterioro de la eficiencia, reflejado por un aumento real del costo por consulta en la atención del Primer Nivel de un 62%, al cabo de los últimos diez años.

Por su parte, el indicador relacionado con el "Promedio de consultas por hora en las Áreas de Salud", arrojó resultados que no alcanzan los parámetros institucionales establecidos, de cinco pacientes por hora atendidos en consulta externa, ni con el emitido en el 2014 como medida temporal para aquellos EBAIS que utilizan al 100% el módulo Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) del EDUS, el cual establece atender como mínimo cuatro pacientes por hora, debido a que el promedio máximo alcanzado por las Áreas de Salud, para los últimos diez años, en conjunto, fue de 3,78 consultas por hora realizadas, con una tendencia de las Áreas de Salud, de disminuir las consultas programadas y utilizadas en los últimos tres años.

Respecto de/indicador "Porcentaje de EBAIS conformados con 4.000 habitantes o menos", de acuerdo con el lineamiento estratégico institucional que señala como parámetro una relación máxima de 4.000 habitantes por EBAIS, se evidenció que de los 1.019 EBAIS conformados al 31 de diciembre del 2014, sólo el 39% tiene asignada una población igual o inferior al criterio indicado, mientras que el restante 61% lo supera, o sea, 624 EBAIS, mantienen poblaciones asignadas que van desde los 4.000 y hasta los 21.637 habitantes.

Por otra parte, el indicador denominado "Cantidad de habitantes por médico general en función clínica dedicado a la atención de la consulta externa-medicina general", en donde se consideró como parámetro, el que deba existir un médico general por cada 4.000 habitantes como máximo, mostró que existe una relación de 4.684 habitantes en promedio por cada médico general en los EBAIS conformados al 2014.

Además se determinaron, debilidades en el proceso de seguimiento y evaluación de la gestión que se realizan en el Primer Nivel de Atención de la Salud, debido a que el proceso se sustenta en diferentes herramientas o informes que resultan ser esfuerzos individualizados, que no responden a un proceso interrelacionado de información y sus resultados no se constituyen en insumos que permitan tener una visión global y adecuada de los problemas que aquejan el servicio, para sustentar la toma de decisiones y mejorar la eficacia y la eficiencia de la gestión.

Por otra parte, considera esta Contraloría General que los esfuerzos realizados por la CCSS en materia de promoción de la salud no resultan suficientes, ya que los resultados

evidenciaron que aproximadamente el 80% de las Áreas de Salud analizadas, programan actividades de promoción de la salud a menos del 1% de su población adscrita.

Destacar que para efectos de la presente auditoría esta Contraloría General realizó una encuesta a los usuarios del servicio en distintos EBAIS ubicados en todas las regiones del país, en cuyo caso, en términos generales los resultados obtenidos indican que la percepción de los usuarios en la mayoría de los aspectos consultados alcanzan porcentajes que se ubican en el rango de "No cumple", en especial los referidos con el acceso para conseguir citas y la participación en actividades de promoción de la salud.

En conclusión, es criterio de esta Contraloría General, que las debilidades encontradas y señaladas dentro del presente informe le restan eficiencia y eficacia a la prestación del servicio de consulta externa-medicina general en el Primer Nivel de Atención, brindado por la CCSS, y por ende, éstas se constituyen en importantes oportunidades de mejora que de implementarse van a generar un efecto positivo en los servicios que reciben los usuarios dentro del Primer Nivel de Atención de la CCSS.

¿Qué sigue?

Dadas las debilidades encontradas se emiten una serie de disposiciones dentro de las cuales cabe destacar que, se defina e incluya en la planificación institucional de mediano y largo plazo, acciones concretas para fortalecer financieramente el Primer Nivel de Atención y lograr de esta forma una mejor respuesta a las demandas de los usuarios en materia de salud, contribuyendo con ello a disminuir la presión por servicios que en este momento afrontan tanto el Segundo como el Tercer Nivel de Atención, todo ello en consonancia con los postulados de la Reforma del Sector Salud”.

3) 3. CONCLUSIONES; 4. DISPOSICIONES Y CONSIDERACIONES FINALES DEL CITADO INFORME:

“3. CONCLUSIONES

3.1. Los indicadores relacionados con la eficiencia en la prestación de los servicios en el Primer Nivel de Atención revelan que no se le ha dado un fortalecimiento significativo, como lo pretendía la Reforma del Sector para otorgar una mayor capacidad resolutive y reducir la demanda por servicios en el Segundo y Tercer Nivel de Atención y así abaratar los costos del sistema de salud en su integralidad, debido a que en los últimos diez años, se presentó en promedio una participación sostenida en la asignación de los recursos del 27%, mientras que el Segundo Nivel de Atención registró en promedio una participación mayor del 36% al 2014 y el Tercer Nivel de Atención mantiene en promedio la mayor asignación de los recursos con el 40%, aunque con una tendencia a la baja al 2014 con un 37%. La no existencia de un seguimiento constante que permita evaluar los avances obtenidos respecto del cumplimiento de los objetivos planteados en dicha Reforma, ha impedido retroalimentar el proceso de planificación institucional y mejorar la metodología empleada en la asignación de los recursos del SEM, para fortalecer gradualmente el Primer Nivel de Atención.

3.2. *El servicio de consulta médica que brindan las Áreas de Salud mostró un deterioro de la eficiencia, ya que el crecimiento en términos reales en el gasto total fue de 93%, dado que en el 2014 se gastó casi el doble de la cantidad correspondiente al 2005, mientras que el total de consultas, para ese mismo periodo, aumentó sólo un 19%, lo cual incidió en el aumento real del costo por consulta en la atención del Primer Nivel en un 62%. Aunado a lo anterior, la ausencia de información de calidad que muestre los costos reales de producción, impide introducir valoraciones que permitan medir la eficiencia productiva de las Áreas de Salud, mediante el uso de información de calidad para la adecuada toma de decisiones en procura de aumentar los niveles de eficiencia de la gestión.*

3.3. *El indicador relacionado con el "Promedio de consultas por hora en las Áreas de Salud", no alcanza el parámetro institucional, establecido en cinco pacientes por hora en consulta externa, ni con el emitido en el 2014 como medida temporal para aquellos EBAIS que utilizan al 100% el módulo Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) del EDUS, el cual establecer atender cuatro pacientes por hora y no cinco como lo señala la Norma citada, debido a que en el período 2005-2014 el promedio máximo alcanzado por las Áreas de Salud, en conjunto, fue de 3,78 consultas por hora realizadas; asimismo, una tendencia de las Áreas de Salud, de disminuir las consultas programadas y utilizadas en los últimos tres años, ya que entre el 2012-2013 el 48% de las Áreas de Salud programaron en promedio menos de cuatro consultas por hora y al 2014 las Áreas que incurrieron en este proceder pasaron a ser el 56% y en relación con las horas efectivamente utilizadas, el comportamiento fue similar, ya que entre el 2012-2013 eran 56% las Áreas de Salud las que lograron aumentar el número de cuatro consultas por hora utilizadas en promedio, pero en el 2014 disminuyeron pues pasaron a ser solo el 45% de las Áreas.*

3.4. *Respecto del indicador "Porcentaje de EBAIS conformados con 4.000 habitantes o menos", de acuerdo con el lineamiento estratégico institucional que señala como parámetro una relación de 4.000 habitantes por EBAIS, se evidenció que al año 2014, la mayor parte de los EBAIS conformados de la CCSS registran una población asignada que supera el promedio de 4.000 habitantes, de acuerdo con la Reforma del Sector Salud, debido a que de los 1.019 EBAIS conformados al 31 de diciembre del 2014, sólo un 39% tiene asignada una población igual o inferior al criterio indicado, mientras que el restante 61% lo supera, o sea 624 EBAIS, con poblaciones asignadas que van desde más de los 4.000 y hasta los 21.637 habitantes, como el caso del EBAIS de San Antonio Centro del Área de Coronado. En consecuencia, esa estrategia institucional que pretende además, llevar a un EBAIS por cada 3.000 habitantes en el 2025, plantea a las autoridades de la CCSS un reto importante para alcanzar dicho objetivo.*

3.5. *Por otra parte, el indicador denominado "Cantidad de habitantes por médico general en función clínica dedicado a la atención de la consulta externa-medicina general", en donde se consideró como parámetro, el que deba existir un médico general por cada 4.000 habitantes como máximo, mostró que existe una relación de 4.684 habitantes en promedio por cada médico general en los EBAIS conformados al 2014 y en consecuencia la existencia de brechas importantes, a efecto de proporcionar un mejor servicio en la atención de la población y sobre todo mejorar la accesibilidad a la demanda insatisfecha.*

3.6. Debilidades en el seguimiento y evaluación de la gestión que se realizan en el Primer Nivel de Atención de la Salud, también devienen en ineficiencias e ineficacias, debido a que el proceso se sustenta en diferentes herramientas o informes, resultan ser esfuerzos individualizados, que no responden a un proceso interrelacionado de información y sus resultados no se constituyen en insumos que permitan tener una visión global y adecuada de los problemas que aquejan el servicio, para sustentar la toma de decisiones y mejorar la eficacia y la eficiencia de la gestión que realizan las Áreas de Salud.

3.7. Aunado con lo anterior, la herramienta Plan-Presupuesto, utilizada para valorar la gestión productiva de las Áreas de Salud, presenta debilidades que impiden analizar con propiedad los resultados alcanzados por dichas Áreas, debido a que las metas o programaciones están basadas en comportamientos históricos y la oferta y no en parámetros individualizados por Área de Salud, lo que conlleva a que la programación de las metas no resulten desafiantes y fácilmente sobrepasen el 100% y en algunos casos se presentan metas cumplidas en el 440%. Asimismo, dicha herramienta presenta debilidades en la calidad de la información debido a omisiones y errores en los datos y no todos los indicadores son incluidos en las evaluaciones realizadas por las Direcciones Regionales de Salud.

3.8. Los esfuerzos realizados por la CCSS en materia de promoción de la salud no resultan suficientes, ya que los resultados evidenciaron que aproximadamente el 80% de las Áreas de Salud analizadas, programan actividades de promoción de la salud a menos del 1% de su población adscrita, situación que conlleva a señalar que la institución no ha logrado impactar significativamente respecto de las actividades de promoción de la salud que se llevan a cabo y se mantienen falencias que no han permitido concretar las políticas contenidas en la Reforma del Sector.

3.9. Los resultados obtenidos en relación con la encuesta realizada a los usuarios por parte de esta Contraloría General, indican que su percepción en la mayoría de los aspectos consultados alcanzan porcentajes que se ubican en el rango de "No cumple", en especial los referidos con el acceso para conseguir citas y la participación en actividades de promoción de la salud. En consecuencia, procurar satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, se convierte en una señal de alerta que justifica el análisis de la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención.

3.10. En conclusión, la ejecución de los procesos no ha contribuido a incrementar la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios en el Primer Nivel de Atención, por lo que no se han cumplido a cabalidad con las expectativas que motivaron la promulgación de la Ley nro. 7441 de la Reforma del Sector Salud.

4. DISPOSICIONES

4.1. De conformidad con las competencias asignadas en los artículos 183 y 184 de la Constitución Política, los artículos 12 y 21 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, nro. 7428, y el artículo 12 inciso c) de la Ley General de Control Interno, se emiten las siguientes disposiciones, las cuales son de acatamiento obligatorio

y deberán ser cumplidas dentro del plazo conferido para ello, por lo que su incumplimiento no justificado constituye causal de responsabilidad.

4.2. Este Órgano Contralor se reserva la posibilidad de verificar, por los medios que considere pertinentes, la efectiva implementación de las disposiciones emitidas, así como de valorar el establecimiento de las responsabilidades que correspondan, en caso de incumplimiento injustificado de tales disposiciones.

A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN ESOS CARGOS

4.3. Definir e incorporar en la planificación institucional de mediano y largo plazo, las acciones específicas que se desarrollarán para fortalecer financieramente al Primer Nivel de Atención y lograr de esta forma una mejor respuesta a las demandas de los usuarios en materia de salud, contribuyendo con ello a disminuir la presión por servicios que en este momento afrontan tanto el Segundo como el Tercer Nivel de Atención, todo ello en consonancia con los postulados de la Reforma del Sector Salud. Para el cumplimiento de esta disposición, se deberá remitir a la Contraloría General de la República, al 30 de junio de 2016, copia certificada del acuerdo mediante el cual acredite que dichas acciones fueron debidamente definidas e incorporadas en la planificación institucional de mediano y largo plazo. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos del 2.1 al 2.9, párrafos del 2.16 al 2.23 y párrafos del 2.45 al 2.55 de este informe.

A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, EN SU CALIDAD DE GERENTE DE LA GERENCIA MÉDICA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

4.4. Elaborar un estudio técnico que determine la cantidad adecuada de la población a asignar por EBAIS, que sirva como instrumento para reducir gradualmente las brechas de cobertura, mediante la definición de las acciones, objetivos e indicadores que correspondan. Para dar cumplimiento a esta disposición, remitir a esta Contraloría General, al 30 de agosto de 2016, una certificación que acredite, que dicho estudio fue debidamente elaborado. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.24 al 2.37 del presente informe.

4.5. Elaborar e implementar una metodología de evaluación, con el fin de incrementar la producción de los servicios de salud que se prestan en el Primer Nivel de Atención, metodología que estará basada en la revisión integral que deberá realizarse de los procesos de seguimiento y evaluación de la gestión de dichas Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a esta Contraloría General, a más tardar el 30 de noviembre de 2016, una certificación donde se acredite que dicha metodología de evaluación fue debidamente elaborada y al 30 de noviembre del 2017, otra certificación que indique que dicha metodología fue debidamente implementada. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.38 al 2.44 de este informe.

AL LIC. GUSTAVO PICADO CHACÓN, EN SU CALIDAD DE GERENTE FINANCIERO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

4.6. Definir acciones específicas, conjuntamente con los responsables de su cumplimiento y los plazos estimados en los que esas acciones se van a ejecutar, para que las Áreas de Salud cuenten con un sistema de costos y este brinde información de calidad que permita realizar las evaluaciones pertinentes y medir la eficiencia de cada Área de Salud del Primer Nivel de Atención. Para dar cumplimiento a lo anterior, deberá remitir a la Contraloría General de la República, a más tardar el 30 de junio de 2016, una certificación en la que se acredite que dichas acciones fueron debidamente definidas y remitir en forma semestral un informe mediante el cual se detalle el avance en el proceso de implementación de dichas acciones, iniciando el 31 de diciembre de 2016. Asimismo, deberá remitirse ante este Órgano Contralor, como máximo al 31 de diciembre de 2018, una certificación donde se acredite que las citadas acciones fueron debidamente implementadas. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.10 al 2.15 del presente informe.

CONSIDERACIONES FINALES

4.7. La información que se solicita en este informe para acreditar el cumplimiento de las disposiciones anteriores, deberá remitirse, en los plazos y términos antes fijados, al Área de Seguimiento de Disposiciones de la Contraloría General de la República. La Administración debe designar y comunicar al Área de Seguimiento de Disposiciones, en un plazo no mayor de cinco días hábiles, el nombre, número de teléfono y correo electrónico de la persona que fungirá como el contacto oficial con esa Área, con autoridad para informar sobre el avance y cumplimiento de las disposiciones correspondientes. El plazo de cinco días correrá a partir de la fecha de la sesión de Junta Directiva inmediata posterior al recibo de la comunicación del informe. En caso de incumplimiento en forma injustificada del tiempo otorgado, podrá considerarse que se incurrió en falta grave y dar lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el artículo 69 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, con garantía del debido proceso.

4.8. De conformidad con lo establecido por los artículos 343, 346 y 347 de la Ley General de la Administración Pública, contra el presente informe caben los recursos ordinarios de revocatoria y apelación, que deberán interponerse dentro del tercer día a partir de la fecha de su comunicación, y en el caso de los órganos colegiados a partir de la fecha en que sea conocido en su respectiva sesión, correspondiéndole a esta Área de Fiscalización la resolución de la revocatoria y al Despacho Contralor la apelación.

4.9. De presentarse conjuntamente los recursos de revocatoria y apelación, esta Área de Fiscalización, en caso de rechazo del recurso de revocatoria, remitirá el recurso de apelación al Despacho Contralor para su resolución”.

II) SE RECIBE A FUNCIONARIOS DE LA CONTRALORÍA QUE PRESENTAN INFORME, 10-2-16, en el salón de sesiones de la Junta Directiva:

Conforme con lo acordado (artículo 6° de la sesión N° 8822) se recibe a los funcionarios de la Contraloría:

Área de Servicios Sociales:

Lida. Lilliana Brenes Rojas, Fiscalizadora.
Lic. Ronald Bejarano Izaba, Asistente.

Área de Seguimiento de Disposiciones:

Licda. Priscilla Villarreal Sequeira, MBA.

Asimismo, participan en la reunión:

Dr. Oscar Fallas Camacho.
Dra. María Eugenia Villalta, Gerente Médico
Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero.
Lic. Olger Sánchez Carrillo, Subauditor.

Miembros del Grupo de Tarea:

Dra. María del Rocío Sánchez Montero
Lic. Rodolfo Morera Herrera
Licda. Elizabeth Gairaud Garro
Lic. Claudio Arce Ramírez
Dr. Oscar Villegas del Carpio
Licda. María Ángela Vásquez Leitón
Lic. Juan Carlos Martínez

Funcionarios de la Gerencia Médica:

Dr. Raúl Sánchez Alfaro, Director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
Lic. Javier Céspedes Vargas.

Resultado de la reunión: los funcionarios de la Contraloría hicieron la presentación del informe, según los términos del documento remitido.

Los asistentes plantearon algunas inquietudes que fueron aclaradas y se formularon algunos comentarios respecto de la exposición ...”.

acogida al recomendación ahí contenida y habiendo cumplido con lo solicitado en la citada sesión número 8822, artículo 9º, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Trasladar el informe en referencia a las Gerencias Médica y Financiera, con la solicitud de que, dentro de los plazos establecidos por el Órgano Contralor, atiendan las disposiciones 4.4 y 4.5 que seguidamente se consignan, cada una en el ámbito de su competencia, y que -en cuanto a la disposición 4.3- que en adelante se transcribe, con el apoyo de las instancias que corresponda, se presente a la Junta Directiva un plan para su abordaje, en un plazo de dos meses.

“A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN ESOS CARGOS

4.3. Definir e incorporar en la planificación institucional de mediano y largo plazo, las acciones específicas que se desarrollarán para fortalecer financieramente al Primer Nivel de Atención y lograr de esta forma una mejor respuesta a las demandas de los usuarios en materia de salud, contribuyendo con ello a disminuir la presión por servicios que en este momento afrontan tanto el Segundo como el Tercer Nivel de Atención, todo ello en consonancia con los postulados de la Reforma del Sector Salud. Para el cumplimiento de esta disposición, se deberá remitir a la Contraloría General de la República, al 30 de junio de 2016, copia certificada del acuerdo mediante el cual acredite que dichas acciones fueron debidamente definidas e incorporadas en la planificación institucional de mediano y largo plazo. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos del 2.1 al 2.9, párrafos del 2.16 al 2.23 y párrafos del 2.45 al 2.55 de este informe.

A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, EN SU CALIDAD DE GERENTE DE LA GERENCIA MÉDICA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

4.4. Elaborar un estudio técnico que determine la cantidad adecuada de la población a asignar por EB AIS, que sirva como instrumento para reducir gradualmente las brechas de cobertura, mediante la definición de las acciones, objetivos e indicadores que correspondan. Para dar cumplimiento a esta disposición, remitir a esta Contraloría General, al 30 de agosto de 2016, una certificación que acredite, que dicho estudio fue debidamente elaborado. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.24 al 2.37 del presente informe.

4.5. Elaborar e implementar una metodología de evaluación, con el fin de incrementar la producción de los servicios de salud que se prestan en el Primer Nivel de Atención, metodología que estará basada en la revisión integral que deberá realizarse de los procesos de seguimiento y evaluación de la gestión de dichas Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a esta Contraloría General, a más tardar el 30 de noviembre de 2016, una certificación donde se acredite que dicha metodología de evaluación fue debidamente elaborada y al 30 de noviembre del 2017, otra certificación que indique que dicha metodología fue debidamente implementada. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.38 al 2.44 de este informe.

AL LIC. GUSTAVO PICADO CHACÓN, EN SU CALIDAD DE GERENTE FINANCIERO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

4.6. Definir acciones específicas, conjuntamente con los responsables de su cumplimiento y los plazos estimados en los que esas acciones se van a ejecutar, para que las Áreas de Salud cuenten con un sistema de costos y este brinde información de calidad que permita realizar las evaluaciones pertinentes y medir la eficiencia de cada Área de Salud del Primer Nivel de Atención. Para dar cumplimiento a lo anterior,

deberá remitir a la Contraloría General de la República, a más tardar el 30 de junio de 2016, una certificación en la que se acredite que dichas acciones fueron debidamente definidas y remitir en forma semestral un informe mediante el cual se detalle el avance en el proceso de implementación de dichas acciones, iniciando el 31 de diciembre de 2016. Asimismo, deberá remitirse ante este Órgano Contralor, como máximo al 31 de diciembre de 2018, una certificación donde se acredite que las citadas acciones fueron debidamente implementadas. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.10 al 2.15 del presente informe.

- 2) En cuanto al contacto oficial y al responsable del expediente de cumplimiento: se designa a la Dirección de Planificación Institucional.

ARTICULO 24°

Se tiene a la vista el oficio N° P.E. 0250-16, de fecha 10 de febrero del año 2016, firmado por la señora Presidenta Ejecutiva, por medio del que se comunica la resolución número R-DC-144-2015 “*Lineamientos Generales para el Cumplimiento de las Disposiciones y Recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República en sus informes de auditoría*”, que, en adelante se transcribe, en forma literal, en lo pertinente:

“Como parte de la tarea encomendada por la Junta Directiva a la Dirección de Planificación Institucional, para el seguimiento a los informes de la Contraloría General de la República (CGR), esta última nos ha informado que el pasado 14 de diciembre de 2015 publicó en La Gaceta N° 242 los nuevos “*Lineamientos Generales para el cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República en sus informes de auditoría*”, mismos que rigen para todos los informes comunicados a partir del 04 de enero de 2016.

Seguidamente se detallan los puntos más relevantes de la norma citada:

1. Aspectos generales

“**1.1 Objetivo.** Los presentes lineamientos tienen como objetivo regular el proceso de documentación, implementación y continuidad de las acciones correctivas y rendición de cuentas, relativos al cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones giradas por la Contraloría General de la República en sus informes de auditoría.(...)”

2. Roles para el cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones.

“2.1 Del (la) jerarca.

2.1.1. Mantener la vigilancia sobre el debido cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones, y asegurar la eficacia de las acciones correctivas implementadas.

2.1.2. Vigilar porque se ejecuten las acciones necesarias para que no se reiteren a futuro las deficiencias comunicadas en el informe de auditoría.

2.1.3. Tomar de inmediato las acciones correctivas que se requieran ante cualquier evidencia de desviación o irregularidad en las operaciones de la entidad.

2.1.4. Asignar el responsable del expediente de cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones. Dicha asignación deberá comunicarse formalmente a la persona que asumirá el rol, así también, a la Contraloría General de la República, indicando el nombre, puesto, número de teléfono y correo electrónico de la(s) persona(s).

2.1.5. Asegurar la conformación, actualización, custodia, conservación y puesta a disposición de las personas interesadas, del expediente de cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones por cada informe de auditoría emitido por la Contraloría General de la República, que contenga la documentación que respalda las acciones correctivas implementadas para el cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones.

2.1.6. Atender las solicitudes de información de la Contraloría General de la República, órganos de control y fiscalización, Asamblea Legislativa, autoridades judiciales, medios de comunicación y demás partes interesadas, sobre el estado de las disposiciones y recomendaciones, las acciones correctivas implementadas y los asuntos pendientes.”

“2.2 Del destinatario de las disposiciones y recomendaciones.

2.2.1. Asignar el rol de contacto oficial con la Contraloría General de la República en relación con el cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones de los informes de auditoría. Dicha asignación deberá comunicarse formalmente a la persona que asumirá el rol, así también a la Contraloría General de la República.

2.2.2. Determinar y ejecutar las acciones correctivas necesarias en el plazo y términos establecidos en las disposiciones y recomendaciones emitidas, conforme a lo comunicado en el informe de auditoría.

2.2.3. Certificar ante la Contraloría General de la República, según lo dispuesto en el informe de auditoría y dentro del plazo otorgado, que se llevaron a cabo las acciones correctivas y se subsanaron las deficiencias comunicadas, de conformidad con la documentación que consta en el expediente de cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones. Dichas certificaciones se elaborarán de acuerdo con el formato contenido en el Anexo N.º 1.

2.2.4. Atender los requerimientos de la Contraloría General de la República, con el fin de facilitar las verificaciones de cumplimiento que ésta estime pertinente efectuar.

2.2.5. Mantener la vigilancia sobre el debido cumplimiento, eficacia y continuidad de las acciones correctivas implementadas para la atención de las disposiciones y recomendaciones.

2.2.6. Atender las solicitudes de información de la Contraloría General de la República, órganos de control y fiscalización, Asamblea Legislativa, autoridades judiciales, medios de comunicación y demás partes interesadas, sobre el estado de las disposiciones y recomendaciones, las acciones correctivas implementadas y los asuntos pendientes.”

“2.3 De la persona designada como contacto oficial.

2.3.1. Facilitar la comunicación entre la persona a la que se le dirigen las disposiciones y recomendaciones y la Contraloría General de la República, para el suministro de información cuando ésta lo requiera.”

“2.4 De la persona designada como responsable del expediente de cumplimiento.

2.4.1. Conformar, actualizar, foliar, custodiar, conservar y dar acceso al expediente de cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones.”

“2.5 Del (la) auditor(a) interno(a).

2.5.1. Realizar las verificaciones sobre el cumplimiento de disposiciones y recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República, cuando ésta así lo requiera. Lo anterior, sin perjuicio del ejercicio de las competencias que le asigna la normativa técnica y jurídica aplicable.

2.5.2. Remitir al jerarca, al 31 de marzo de cada año, un informe anual con corte al 31 de diciembre anterior, del estado de las disposiciones y recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República, a que se refiere el inciso g) del artículo N.º 22 de la Ley General de Control Interno. Dicho informe lo elaborará con base en la información que la Contraloría General de la República proporcione por los medios pertinentes.

2.5.3. Informar a la Contraloría General de la República, cuando en el ejercicio de sus competencias, dé seguimiento a disposiciones y recomendaciones emitidas por el Órgano Contralor. Dicha comunicación deberá realizarse de previo a la ejecución del seguimiento por parte de esa Auditoría Interna. (...)”

3. Cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones.

“(…)

3.3 Ampliación del plazo. En casos excepcionales, cuando medien circunstancias que fundamentan en términos de razonabilidad, lógica y conveniencia, los motivos que imposibilitan al sujeto fiscalizado a dar término a las acciones correctivas en el plazo establecido, ésta podrá solicitar una prórroga. Para ello, el destinatario de la disposición o recomendación, deberá gestionar por escrito ante el Órgano Contralor, en el transcurso de los quince días hábiles anteriores de su vencimiento (...), deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. La gestión deberá presentarse por medio de documento debidamente firmado por el destinatario de la disposición o recomendación o por quien fuere delegado (...).
- b. La relación fundamentada de hechos que impidieron el cumplimiento de la disposición o recomendación (...).
- c. La fecha propuesta para el cumplimiento definitivo de la disposición (...).
- d. Una certificación que detalle las acciones realizadas en atención a la disposición o recomendación (...).
- e. Un cronograma con el detalle de las acciones pendientes de realizar, responsable de llevarlas a cabo y el plazo que requiere para la ejecución.(...).

Aquellas solicitudes de ampliación de plazo que cumplan con los requisitos citados, se admitirán para su atención (...).

Se rechazarán de plano y sin más trámite aquellas solicitudes de ampliación que no cumplan con los requisitos establecidos o su plazo de vencimiento supere los quince días hábiles.

(...)”

6. Potestad de emitir regulaciones internas

6.1 Normativa interna. La Administración podrá dictar la normativa que estime necesaria para regular a lo interno de la institución que representa, el proceso de documentación, implementación y continuidad de las acciones correctivas, y rendición de cuentas respecto de las disposiciones y recomendaciones giradas por la Contraloría General de la República.”

I.- Consideraciones para la atención de los lineamientos del órgano contralor

En lo concerniente al punto 2.1.4 y 2.1.5, relacionados con la asignación del responsable del expediente de cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones, la Junta Directiva

en el artículo 65 de la Sesión N° 8546³, de fecha 17 de noviembre de 2011, delegó en la Dirección de Planificación Institucional (DPI), las competencias asignadas a las extinta Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico incluyendo la responsabilidad de dar seguimiento y mantener el control de los Informes emitidos por la CGR. Para cumplir con lo anterior y considerando la complejidad institucional, se instauró una organización interna, que ha facilitado a la administración activa la coordinación de las actividades asociadas al seguimiento de los informes de la CGR, así como integrar la información correspondiente a la atención de las disposiciones y recomendaciones en una sola unidad, incidiendo positivamente en el control y acceso de la información. En razón de lo descrito se considera conveniente designar como responsable de los expedientes de cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones emanadas por la CGR a la Dirección de Planificación Institucional.

Referente al punto 2.2.1, sobre la asignación del rol de contacto oficial con la CGR; es importante señalar que la Institución ha establecido procedimientos, que buscan darle integralidad a las distintas acciones que se llevan a cabo, durante el abordaje de lo dispuesto por el ente Contralor lo cual ha contribuido al mejoramiento de la comunicación, control y coordinación de la gestión institucional desarrollada para la atención de las disposiciones y recomendaciones. Dado lo anterior se estima prudente continuar con la asignación de un único contacto oficial con la CGR en cada uno de los informes, el cual será elegido según su afinidad con la materia objeto de estudio.

En cuanto al punto 2.5.2, por medio del cual se indica que la Auditoría Interna con base en la información suministrada por la CGR, debe elaborar y remitir al jerarca, al 31 de marzo de cada año, un informe anual con corte al 31 de diciembre anterior, sobre el estado de las disposiciones y recomendaciones del órgano contralor, resulta necesario sea considerada, durante la elaboración de dicho informe por parte de la Auditoría, la información relacionada al estado de cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones, que mantiene la DPI dentro de sus registros, lo anterior a efecto de que el informe que se presente ante la Junta Directiva, contenga datos actualizados que permitan una toma de decisiones acorde con la realidad institucional vigente.

Lo anterior no excluye la posibilidad de que a solicitud de las autoridades institucionales, la DPI presente informes que sean requeridos, como parte de su función de seguimiento y control de las disposiciones del órgano contralor, en ejercicio de lo dispuesto por el artículo 12, inciso c), de la Ley General de Control Interno.

Con respecto al punto 3.3 relacionado con la solicitud de ampliación de los plazos de cumplimiento, es importante señalar que se han venido presentando situaciones que dificultan la oportuna y adecuada atención y solicitud de prórrogas de plazos ante la CGR. El planteamiento de solicitudes de plazos el último día, con información incompleta o con tiempo insuficiente para que sean analizadas por las autoridades institucionales, cuando corresponda, generan un alto riesgo de que no sean atendidas o sean rechazadas por la CGR.

³“(…) eliminar la Secretaría Técnica de Planeamiento Estratégico, de la estructura organizacional de la Institución y trasladar sus competencias a la Dirección de Planificación Institucional (…)”

En línea con lo anterior resulta necesario generar instrucciones a las unidades institucionales, para que los destinatarios de las disposiciones o recomendaciones, gestionen directamente sus solicitudes de prórroga ante el órgano contralor, conforme lo señalado en el lineamiento 3.3. Asimismo, aquellas que hayan sido dirigidas a la Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva, en tanto requieran de informes de otras dependencias institucionales, estos deberán ser remitidos con suficiente antelación a la DPI y en los términos requeridos por tales lineamientos, a efecto de que las solicitudes de ampliación cumplan cabalmente con lo solicitado por la CGR en sus normas ...”,

la Junta Directiva, de conformidad con lo recomendado por la Presidencia Ejecutiva, mediante el referido oficio número PE-0250-16 y en atención a lo dispuesto por la Contraloría General de la República en los “*Lineamientos Generales para el cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República en sus informes de auditoría*”, publicados en La Gaceta N° 242 del 14 de diciembre del año 2015 –por unanimidad-
ACUERDA:

- 1) De conformidad con el lineamiento 2.1.4 se designa a la Dirección de Planificación Institucional como responsable de los expedientes de cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones emanadas por la Contraloría General de la República, el cual deberá ajustarse a lo señalado en el punto 4 de tales lineamientos. Se instruye a las Gerencias y a las unidades institucionales, en general, para que de toda documentación emitida en atención de las disposiciones y recomendaciones del Órgano contralor, sea incorporada en el Sistema Gestor de Seguimiento y Control (GESC) y se remita una copia física o electrónica, según corresponda, a la Dirección de Planificación Institucional, con el fin de que se incorpore en el respectivo expediente de cumplimiento. La Dirección de Planificación Institucional comunicará a la Contraloría General de la República la persona que asumirá ese rol; indicará el nombre, puesto, número de teléfono y correo electrónico. Asimismo, la citada Dirección solicitará a la Contraloría General de la República que mantenga informada a la Dirección de Planificación Institucional de todas las disposiciones o recomendaciones que dirija ese Órgano contralor a cualquiera de las Gerencias o dependencias de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 2) Delegar en la Presidencia Ejecutiva, en coordinación con la administración activa, la designación de un único contacto oficial para cada uno de los informes de fiscalización que ingresen a la Institución, considerando el tema auditado.
- 3) Instruir a la Auditoría Interna el acatamiento del inciso 2.5.2 de los nuevos lineamientos emitidos por la Contraloría General de la República. Lo anterior considerando la información sobre el estado de cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones, que oportunamente será facilitada por la Dirección de Planificación Institucional. Dado este nuevo abordaje de presentación de informes de cumplimiento, esta Junta Directiva da por atendido lo acordado en el artículo 15° de la sesión número 8726, de fecha 24 de julio del año 2014 y el artículo 11° de la sesión número 8762 del 5 de febrero del año 2015.
- 4) Instruir a las Gerencias y unidades institucionales en general, para que los destinatarios de las disposiciones o recomendaciones, gestionen directamente sus solicitudes de prórroga ante el órgano contralor, conforme lo señalado en el lineamiento 3.3.

- 5) Instruir a las Gerencias y unidades institucionales, en general, para que todos los informes y documentación que se requiera para sustentar una solicitud de ampliación de plazo, de las disposiciones o recomendaciones dirigidas a la Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva, sean trasladados para revisión a la Dirección de Planificación Institucional, al menos 22 (veintidós) días hábiles antes de su vencimiento, con el objeto de asegurar el cumplimiento de los requerimientos para este tipo de solicitudes, según los lineamientos emitidos por el Órgano Contralor.
- 6) Instruir a la Dirección de Planificación Institucional para que comunique a nivel institucional los nuevos lineamientos emitidos por la Contraloría General de la República y los acuerdos tomados por esta Junta Directiva al respecto. Asimismo, la Administración deberá darles fiel cumplimiento en concordancia con la Ley General de Control Interno.
- 7) Instruir a la Presidencia Ejecutiva, para comunique estos acuerdos a la Contraloría General de la República.

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

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.
Ingresa al salón de sesiones el Director Barrantes Muñoz.

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica, el doctor Manuel Navarro Correa, Director, y la doctora Marjorie Cascante Gómez, funcionaria de la Unidad Técnica de Listas de Espera.

ARTICULO 25°

Se dispone reprogramar, para la sesión del 3 de marzo próximo, la presentación referente al oficio N° GM-SJD-6890-2016, de fecha 04 de febrero del año 2016, que firma la señora Gerente Médico, y mediante el cual se remite el informe accesibilidad para el uso de medicamentos para la atención de pacientes con Alzheimer; se atiende lo solicitado por la Directora Alfaro Murillo.

La Directora Soto Hernández se disculpa y se retira temporalmente del salón de sesiones.

ARTICULO 26°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-6469-2016, del 01 de febrero del año 2016, firmado por la señora Gerente Médico, que actualiza la nota N° GM-SJD-53820-2015, que suscribe, también, la Gerente Médico (en adelante se transcribe, en lo pertinente), y por medio de la que se presenta el Informe sobre listas de espera enero – diciembre 2015.

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica a través de la Unidad Técnica de Listas de Espera procede a presentar el Informe sobre listas de espera del período enero a diciembre-2015.

ANTECEDENTES

1. La Junta Directiva, en el artículo 24° de la sesión N°8773, acordó :

1) Aprobar el Proyecto Portafolio de Atención oportuna a los pacientes en lista de espera, el cual incluye las jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de Cirugía general, Ortopedia y Cateterismo, y pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en Oftalmología, según los términos del documento que queda constando en la correspondencia de esta sesión.

2) Aprobar el Modelo de pago denominado “Sistema de Pago para Cirugía Vespertina”, que se sustenta en lo acordado por esta Junta Directiva en el artículo 9° de la sesión N° 8208, celebrada en el 6 de diciembre del año 2007, con las variantes expuestas en el documento presentado y denominado “Optimización de la Capacidad Instalada en Pacientes Urgentes y Electivos - Accesibilidad y Oportunidad de Servicios - Jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y Cateterismo -Pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en oftalmología”, por el período determinado de mayo a diciembre del año 2015.

La ejecución y evaluación de este Proyecto corresponde a la Gerencia Médica.

3) Instruir a la Gerencia Médica para que proceda a precisar y determinar la meta planteada, que impacta en el 84% de las listas de espera de las especialidades señaladas en el documento, en el primer trimestre de su ejecución, con el objeto de asegurar los recursos financieros requeridos.

4) Instruir a la Gerencia Financiera, para que proceda a realizar los trámites correspondientes, a efectos de asegurar el presupuesto requerido para atender la cantidad de cirugías propuestas por ejecutar por las Direcciones Médicas de los establecimientos que ofrecieron implementar la propuesta.

5) Instruir a la Gerencia de Logística, para que proceda a realizar los trámites correspondientes, a efectos de garantizar el abastecimiento de los insumos requeridos.

6) *Instruir a la Gerencia Médica para que, de manera mensual, informe a la Junta Directiva, mediante boletín ejecutivo, sobre los avances del presente proyecto en jornada ordinaria (uso de la capacidad instalada durante la ejecución del Proyecto) y extraordinaria por establecimiento, región y red de servicios de salud, utilizando concretamente los indicadores de resultados en el documento señalados: Tiempo de Utilización de Quirófanos, Porcentaje de Programación de paciente más antiguos y Tiempo de espera promedio.*

7) *Instruir a la Dirección de Planificación Institucional para que, en un plazo de tres meses y en coordinación con la Gerencia Médica, la Gerencia Administrativa y la Gerencia Financiera, se analicen modalidades de pago distintas o adicionales a las que ya se tienen y que, además, se presente una propuesta para el abordaje integral de las listas de espera que apunte a la mejora en la gestión y en la reducción del tiempo de espera.*

2. La Junta Directiva, en el artículo 26° de la sesión N°8773, dispuso la presentación de un informe trimestral sobre los resultados obtenidos con la implementación de la propuesta para la resolución de la lista de espera de Cirugía Cardiovascular y Torácica del Hospital México.
3. La Junta Directiva, en el artículo 10° de la sesión N°8786, acordó solicitar a todos los directores y directoras de hospitales y áreas de salud que depuren y certifiquen las listas de espera.
4. La Junta Directiva, en el artículo 13° de la sesión N°8802, dispuso la presentación de un informe sobre los resultados obtenidos, del "Proyecto para la atención de la patología de mama, a través de nuevos modelos de atención con calidad y calidez".
5. La Junta Directiva, en el artículo 31° de la sesión N°8804, dispuso la presentación de un informe de los resultados obtenidos con la implementación de los proyectos denominados "Jornadas de Producción de Cirugía: Urología, Oncología Quirúrgica, Ortopedia y Vascular Periférico".
6. La Junta Directiva, en el artículo 26° de la sesión N°8807, dispuso la presentación de un informe resultados obtenidos con la implementación de los Proyectos denominados "Jornadas de Producción para abordaje de la lista de espera: Lectura y análisis del diagnóstico Histopatológico, Ginecología y Cirugía Bariátrica Hospital México".

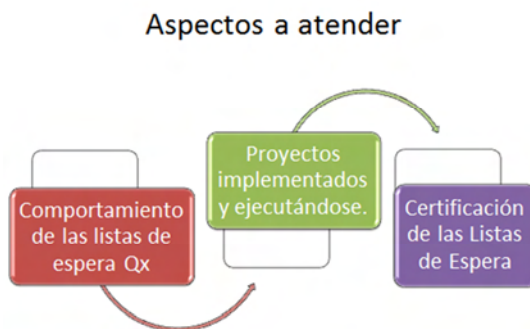
ACCIONES

Se adjunta el Informe sobre logros alcanzados en listas de espera del período enero a diciembre- 2015, elaborado por la Unidad Técnica de Listas de Espera ...".

La presentación está a cargo del doctor Navarro Correa, con base en las siguientes láminas:

i) Logros alcanzados en Listas de Espera 2015.

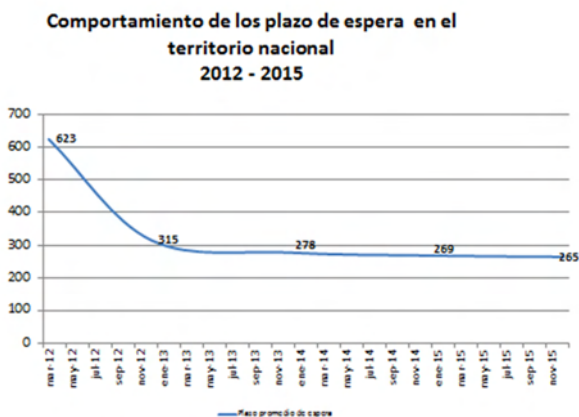
ii)



iii)

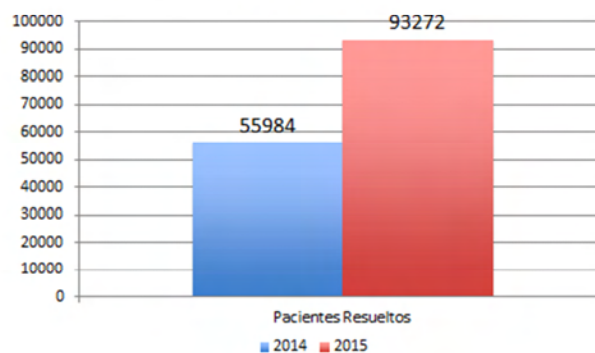


iv)



v)

Paciente resueltos diciembre 2014 - 2015



vi)

Comparación del total de pacientes en espera por red de servicios 2014 - 2015

Red de Servicios de Salud	Total de pacientes	
	2014	2015
Noroeste	51,254	57,367
Sur	28,837	25,237
Este	33,176	26,746
Especializada	9,187	9,004
Total Nacional	122,492	118,354

vii)

Comparación del tiempo promedio de espera por red de servicios 2014 - 2015

Red de Servicios de Salud	Plazo promedio de espera	
	2014	2015
Noroeste	298	267
Sur	224	227
Este	295	306
Especializada	257	258
Total Nacional	275	265

viii)

Comparación del porcentaje de programación por red de servicios 2014 - 2015

Red de Servicios de Salud	Porcentaje de Programación	
	2014	2015
Noroeste	42%	47%
Sur	33%	49%
Este	43%	51%
Especializada	33%	37%
Total Nacional	39%	43%

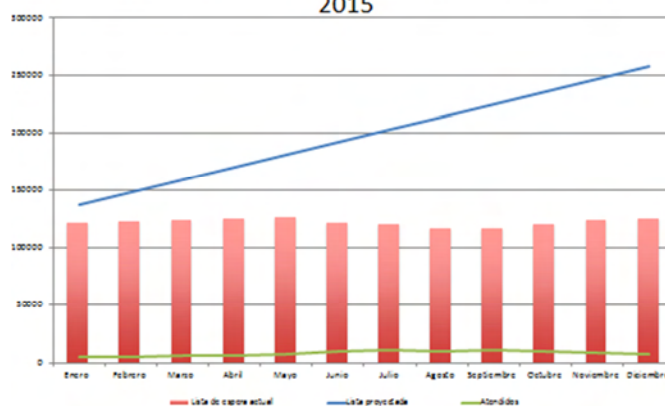
ix)

Comparación del rescate de horas subutilizadas por red de servicios 2014 - 2015

Red de Servicios de Salud	Horas Subutilizadas		
	2014	2015	Reducción
Noroeste	4,503	4,792	-289
Sur	4,503	3,817	686
Este	5,215	3,638	1,57
Especializada	4,231	3,756	1,459
Total Nacional	18,451	16,003	2,448

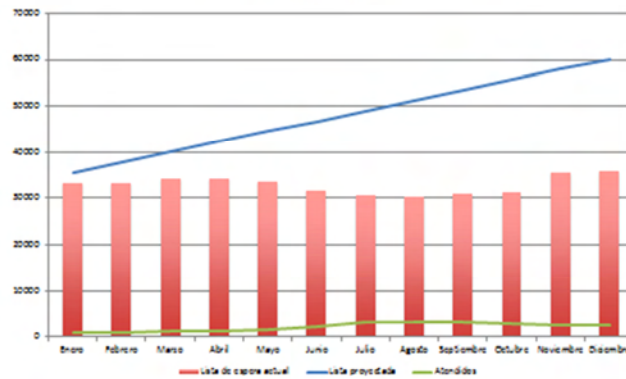
x)

Comparación del comportamiento de la proyección de las listas de espera quirúrgicas en el territorio nacional 2015



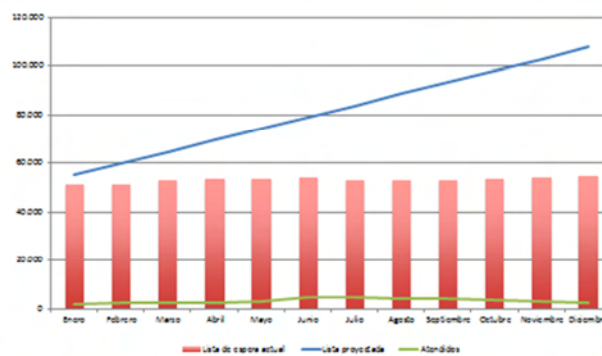
xi)

Comparación del comportamiento de la proyección de las listas de espera quirúrgicas
Red de Servicios de Salud Este
2015



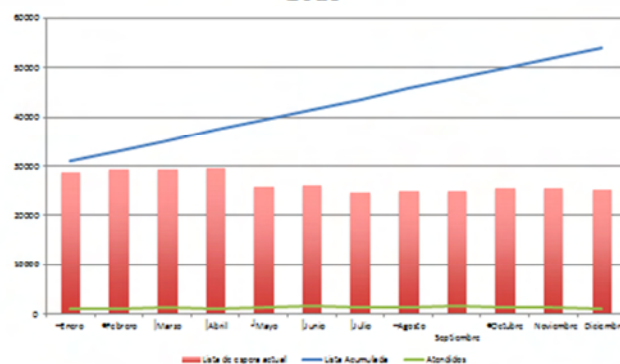
xii)

Comparación del comportamiento de la proyección de las listas de espera quirúrgicas
Red de Servicios de Salud Noroeste
2015



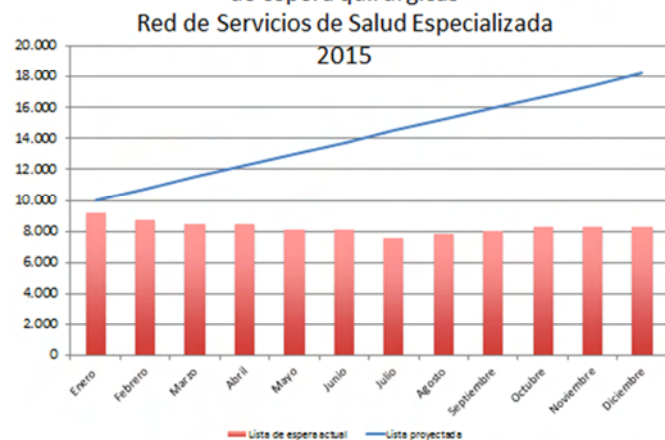
xiii)

Comparación del comportamiento de la proyección de las listas de espera quirúrgicas
Red de Servicios de Salud Sur
2015



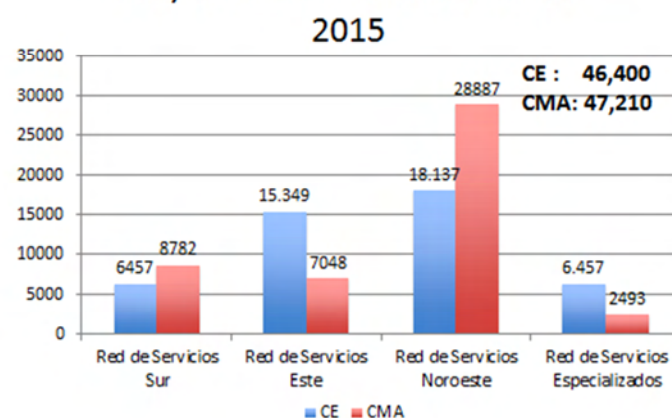
xiv)

Comparación del comportamiento de la proyección de las listas de espera quirúrgicas



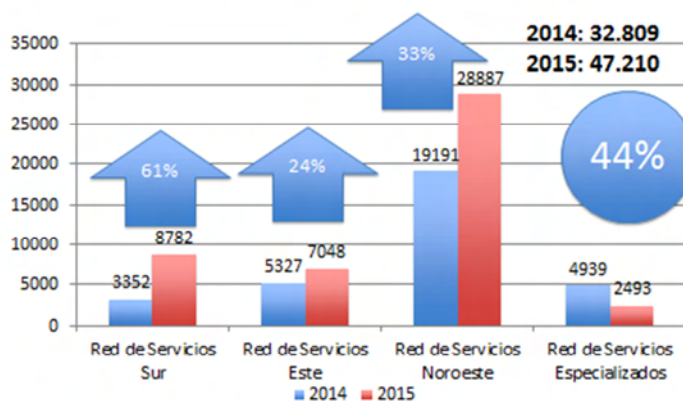
xv)

Comparación de la Cirugía Electiva vs Cirugía Mayor Ambulatoria Atendidos



xvi)

Comportamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria entre años 2014 - 2015



Fuente: Base de datos personalizadas remitidas de las Direcciones Médicas, determinadas como cirugía electivas y mayor ambulatoria.
Observación: Registro de base de datos a Diciembre 2015.

xvii)

Comportamiento
anual del tiempo de
utilización de salas de
hospitalarias – TUSH
2015

Establecimiento	TUSH
Hospital Enrique Baltodano Briceño	93%
Hospital Mexico	71%
Hospital Fernando Escalante Pradilla	69%
Hospital William Allen Taylor	69%
Hospital San Francisco de Asís	68%
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	66%
Hospital Monseñor Sanabria	65%
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	62%
Hospital de La Anexión	62%
Hospital San Vito	62%
Hospital de Guápiles	60%
Hospital Max Terans Vals	57%
Hospital San Carlos	57%
Hospital San Juan de Dios	56%
Hospital San Rafael de Alajuela	56%
Hospital Max Peralta Jiménez	54%
Hospital San Vicente de Paúl	53%
Hospital Tony Facio	53%
HOMACE	50%
Hospital Nacional de Niños	50%

xviii)

Porcentaje Anual de
Programación de
Pacientes
2015

Establecimiento	2014	2015
Hospital San Vicente de Paúl	94%	85%
Hospital Tony Facio	85%	82%
Hospital William Allen Taylor	59%	77%
Hospital de Guápiles	56%	71%
Hospital San Juan de Dios	62%	62%
Hospital San Rafael de Alajuela	62%	61%
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	20%	61%
Hospital Fernando Escalante Pradilla	66%	60%
Hospital Enrique Baltodano Briceño	73%	56%
Hospital Golfito	40%	43%
Hospital de La Anexión	61%	42%
Hospital Nacional Genérico	ND	40%
Hospital San Francisco de Asís	1%	38%
Hospital Mexico	26%	37%
Hospital San Carlos	16%	37%
Hospital Max Terans Vals	81%	35%
Hospital Max Peralta Jiménez	27%	35%
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	ND	30%
Hospital Nacional de Niños	63%	25%
Hospital Monseñor Sanabria	45%	22%
HOMACE	28%	19%

xix)

Establecimiento	2014	2015
Hospital Tomás Casas	27	51
Clinica Oftalmologica	99	71
Hospital San Vito	15	73
Hospital Upala	183	80
Hospital Nelly	57	80
Hospital Los Chiles	66	82
HOMACE	112	82
Hospital Golfito	117	117
Hospital San Francisco de Asís	175	137
Hospital de La Anexión	266	147
Hospital de Guápiles	226	192
Hospital Nacional Genérico	179	192
Hospital William Allen Taylor	181	210
Hospital Enrique Baltodano Briceño	207	246
Hospital Max Terans Vals	228	254
Hospital San Carlos	238	264
CENARE	210	272
Hospital Monseñor Sanabria	394	279
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	242	285
Hospital San Vicente de Paúl	386	330
Hospital Max Peralta Jiménez	582	347
Hospital Tony Facio	335	398
Hospital San Juan de Dios	531	498
Hospital Fernando Escalante Pradilla	544	541
Hospital San Rafael de Alajuela	508	543
Hospital Mexico	495	558
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	579	664
Hospital Nacional de Niños	705	672

Tiempo promedio de
espera anual en listas
quirúrgicas de cirugías
2015

xx)

Establecimiento	2014	2015
Hospital San Vito	12	48
Hospital Tomás Casas	39	60
Clínica Oftalmológica	99	71
Hospital Upele	81	81
Hospital Neily	42	86
HOMACE	143	92
Hospital Goifito	115	123
Hospital Nacional Gineológico	227	130
Hospital de La Anexión	273	137
Hospital San Francisco de Asís	159	137
Hospital de Guapiles	219	185
Hospital San Carlos	220	198
Hospital William Allen Taylor	179	206
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	214	245
Hospital Enrique Baltodano Briceño	204	246
CENARE	181	269
Hospital Monseñor Sanabria	363	271
Hospital Max Terans Veis	248	271
Hospital San Vicente de Paul	385	330
Hospital Max Peralte Jiménez	603	371
Hospital San Juan de Dios	432	422
Hospital Fernando Escalante Pradilla	506	431
Hospital San Rafael de Alsijuela	452	461
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	574	548
Hospital Mexico	516	549
Hospital Tony Facio	641	995

202 dpe

Tiempo promedio de espera anual en listas quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria 2014 -2015

xxi) Proyectos Para el incremento de la capacidad instalada.

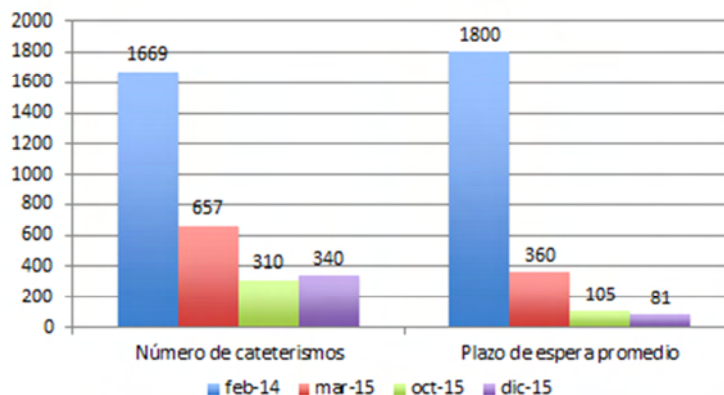
xxii) Impacto de los proyectos:

- Hemodinamia
 - Existe una reducción en número de pacientes al quedar al corte de diciembre 2015, solo con registros pendientes del 2015.
 - Actualmente con 81 días promedios de espera.
- Reporte de Mamografías
 - Se atendieron, 26 mil que se encontraban al inicio del proyecto.
 - Actualmente, en reporte 12,000 estudios para entrega a la primera semana de febrero 2016.

Plazo de espera de reporte, de 100 días promedio a diciembre 2015.

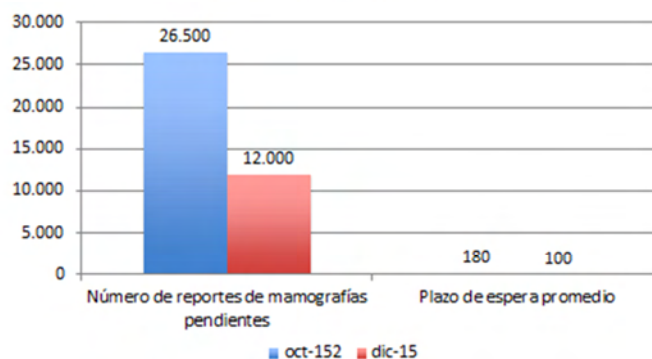
xxiii)

Impacto del proyecto de hemodinamia



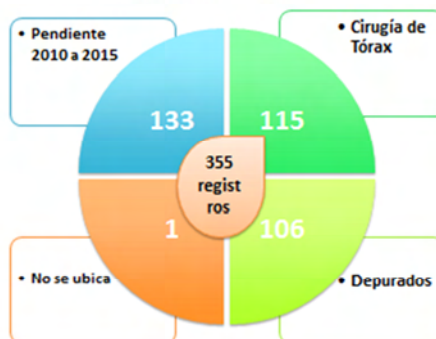
xxiv)

Impacto del proyecto de reporte de mamografías



xxv)

Evaluación de Cirugía Cardiovascular Hospital México Febrero 2016



Obs. 28 Epicrisis realizadas para depurar. Inclusión de registros antiguos en fechas recientes.

xxvi)

Comportamiento de Ejecución de las Jornadas de Producción Mayo – Octubre 2015

Establecimiento	Meta Pauta	Cirugías Realizadas al 31/10/15	% Ejecución	Ejecución presupuestaria a Octubre	Ejecución presupuestaria a Octubre con cargas sociales
Red de Servicios de Salud Noroeste	3033	3343	109%	\$1.387.470.660	\$1.440.334.804
Hospital Niños	240	282	100%	\$172.416.248	\$174.854.288
Hospital San Rafael de Alajuela	260	303	100%	\$126.400.021	\$128.976.202
Hospital San Vicente de Paul	1370	915	66%	\$506.342.183	\$422.702.789
Hospital San Francisco de Asís	170	66	39%	\$29.704.990	\$22.475.836
Hospital Monsenor Sarabia	790	384	51%	\$177.070.297	\$242.888.281
Hospital San Carlos	607	636	93%	\$143.786.156	\$186.887.024
Hospital Dr. Enrique Saldaña Escobar	377	297	81%	\$61.399.939	\$64.117.916
Hospital La Amparo	540	287	53%	\$62.892.880	\$119.234.171
Red de Servicios de Salud Este	2434	1804	62%	\$921.907.002	\$837.612.392
Hospital Neri Ponce de León	1870	1039	55%	\$348.120.336	\$476.924.946
Hospital William Allen Taylor	200	177	89%	\$52.580.983	\$72.088.917
Hospital Queziles	358	288	80%	\$101.205.642	\$126.651.720
Red de Servicios de Salud Sur	867	563	76%	\$239.401.275	\$259.379.747
Hospital San Juan de Dios	402	249	62%	\$99.780.000	\$136.657.200
Hospital Dr. Fernando Rosales Pradilla	465	414	-	\$139.621.275	\$116.722.247
Hospitales Especializados	119	182	-	\$72.268.236	\$22.007.856
Centro Nacional de Rehabilitación	119	182	-	\$72.268.236	\$22.007.856
Total General	8.326	9.709	69%	\$2.610.947.233	\$2.754.997.709

Observación: No se incluye Hospital Tony Facio,

xxvii)

Presupuesto ejecutado a octubre 2015 y reservado para proyectos 2015 - 2016

Jornadas de producción quirúrgicas	Producción	2015	2015 - 2016	Total
Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología	5,883	€2.754.997.709		
Cirugía Cardiovascular	20	€182.450.554		
Hemodinamia	192	€259.029.979		
Reporte de Mamografías	25,411	€157.500.000		
Subtotal	6.120	€3.353.978.242		€3.353.978.242
Hospital San Juan de Dios			€1.218.513.220	€1.218.513.220
Ortopedia	ND		€254.587.480	
Oncología	ND		€68.325.001	
Urología	ND		€665.600.739	
Vascular Periférico	ND		€230.000.000	
Hospital México			€1.230.231.185	€1.230.231.185
Cirugía Bariátrica	ND		€676.320.622	
Ginecología	ND		€425.761.688	
Patología	ND		€128.148.875	
Total General				€5.802.722.647

xxviii) **Certificación de Listas de Espera**
Metodología.

xxix)



xxx)

DISTRIBUCIÓN DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA 2008 - 2013

Especialidad / Diag.	Total / Subtotales
Cirugía General	635
Colecistectomía	270
Hernioplastias	365
Ginecología	569
Cistocele	3
Histerectomía	2
Salpingectomía	564
Oftalmología	888
Catarata	304
Pterigión	584
Ortopedia	1782
Artroscopia	1316
Hallux Valgus	332
Reemplazo de Cadera	22
Reemplazo de Rodilla	31
Retino de Material	81
Urología	26
Hiperplasi Próstata	5
Litiasis Renal	7
Vasectomias	14
Total General	3900

Cirugía Mayor Electiva
20,057 registros

El Dr. Manuel Navarro refiere que presentará el informe con los logros, producto de la aprobación del Proyecto Portafolio de Atención oportuna a los pacientes en lista de espera, el cual incluye las jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de Cirugía general, Ortopedia y Cateterismo, y pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en Oftalmología, el cual fue autorizado en el mes de abril del año 2015. Enfatiza en que se expondrán tres puntos específicos relacionados con el comportamiento de las listas de espera, en los años 2014-2015, así como la ejecución o los proyectos implementados y en ejecución y la certificación de las listas de espera. Destaca que cuando en el año 2015 se presentó el informe relacionado con el comportamiento del año 2014, existían pacientes del 2013 y a la fecha del mes de diciembre o al corte que se hizo en el año 2015, se determinó que existían pacientes a partir del año 2008. Posteriormente, la recopilación de la información correspondiente al año 2015, dio como resultado un acumulado de 211.626 pacientes, de los cuales 117.000 ingresaron solamente en el 2015, atendiendo de toda la lista alrededor de noventa y tres mil doscientos setenta y dos pacientes, para un 44% en el año 2015. Por otra parte, de los 118.354 pacientes en lista de espera y de acuerdo con el Reglamento de Listas de Espera, el número de pacientes es de 101.000; el resto de los pacientes en un plazo inferior. Además, se tiene un remanente de pacientes por alrededor de 43.000 y cuando se empezó con el Proyecto el año pasado, en este momento suman alrededor de 23.000 pacientes, lo que se determina que ha disminuido de manera progresiva la lista de espera antigua.

Respecto de una pregunta del doctor Devandas Brenes, responde el doctor Manuel Navarro que ese 22%, se refiere a los pacientes que estaban en la lista de espera, en el período al que se está haciendo referencia y de 46.000 pacientes que estaban pendientes, se atendieron 20.000, es decir, ese 22% es el total de todos los pacientes atendidos.

Consulta el Dr. Devandas Brenes que se atendieron 72.000 pacientes y consulta a qué períodos corresponden.

Sobre el particular, señala el doctor Navarro que se atendieron 72.000 pacientes del período 2014-2015.

Respecto de la primera lámina, el Director Barrantes Muñoz le solicita al doctor Navarro dar el detalle de los proyectos implementados y los que se están ejecutando, para determinar a cuáles se refieren.

Al respecto, indica el doctor Manuel Navarro que en la presentación final está el detalle y le consulta al licenciado Barrantes Muñoz, que si desea se adelante la información.

El licenciado Barrantes Muñoz anota que como están citados en el documento, le gustaría conocerlos.

El Dr. Manuel Navarro refiere que son los proyectos de los hospitales en Cirugía Mayor Ambulatoria, en la especialidad de Hemodinamia, en lo que corresponde al tema de mamografías y otros proyectos, los cuales fueron autorizados a finales de año; es decir, por los meses de octubre y noviembre y algunos proyectos tienen una permanencia de seis a ocho meses y otros son anuales y se están desarrollando en el Hospital México y el Hospital San Juan Dios, en resumen es esa información y el detalle se presentará más adelante.

Respecto de una inquietud del Director Gutiérrez Jiménez, señala la Dra. Villalta Bonilla que los costos de los proyectos están incluidos en el documento.

En cuanto a una consulta en relación con el comportamiento de la lista de espera de los años 2008-2015, explica el Dr. Navarro Correa que el color azul corresponde a los 93.000 pacientes atendidos en el año 2015, los cuales se dividen en 72.000 pacientes correspondientes al período 2014-2015, correspondiente a un 78% y 26.049 que son del período 2003-2013 y corresponden a un 22%. En ese mismo desglose, lo que queda pendiente de la lista original de 118.000 pacientes son 94.000 pacientes, que corresponden a los que ingresaron en el año 2014-2015, los cuales representan un 80% y un 20% de los antiguos pacientes de los años 2008 a 2013.

El licenciado Barrantes Muñoz interpreta que quedan 23.000 pacientes pendientes de los años 2008 al 2013.

Aclara el doctor Navarro que son 23.957 pacientes.

Interviene el Director Devandas Brenes y señala que, además, hay 118.000 pacientes, porque ingresaron en el año 2015.

El Dr. Navarro corrige el dato y señala que es la suma de los dos períodos, es decir, es lo pendiente actual al 31 de diciembre del año 2015.

En cuanto a una inquietud del Director Loría Chaves, señala el Dr. Navarro Corea que ingresaron 117.000 pacientes, es decir, ingresan a la lista más pacientes de los que pueden egresar.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y recuerda que este informe se entregó hace alrededor de 15 días, o sea, después de la reunión de listas de espera que se realizó el martes. Se tiene un acumulado muy elevado y no solamente, están ingresando muchos pacientes, porque ese flujo de entradas y salidas no lo están permitiendo. Entonces, lo que se le solicitó al grupo el día martes, dado que se conformó un grupo especial que elaborará y planteará una propuesta o un análisis, para con criterios médicos y analizando los pacientes que están en la lista, determinar cuál es la capacidad con la que se pueden ir atendiendo, pero hay hospitales que, definitivamente, con lo que tienen, es decir, con estas jornadas de producción no van a lograr atender por completo la lista de espera. Entonces, no se puede indicar cuáles son los proyectos que se van a desarrollar, porque hay que tener definidos los diagnósticos, hay que determinar los sitios y próximamente, se van a presentar a consideración de la Junta Directiva, pero este informe ya estaba elaborado y hay logros y avances, pero la realidad es que se tienen dificultades de la capacidad instalada, para resolver toda la acumulación de pacientes que se ha tenido y ese tema lo menciona, porque lo habló con don Renato Alvarado antes de iniciar la sesión.

Comenta el Director Loría Chaves que el doctor Fallas Camacho, hizo referencia de un aspecto que le quedó muy grabado, en el sentido de que en la medida que mejoren los servicios, las personas que los pagan afuera de la Institución se trasladan para ser atendidos en la Caja y le parece que esa demanda hay que evaluarla muy bien. Además que la

implementación de proyectos de esta naturaleza, son para lograr resolver las cirugías menores de todos los hospitales, porque de lo contrario se seguirán elevando en esa dimensión.

La señora Presidenta Ejecutiva aclara que lo que se está indicando, es que se requiere hacer un análisis muy justificado, muy claro y muy contundente, por lo que se está trabajando en ese tema, para que se presenten opciones de cuál sería la mejor forma de abordar esos dos temas. Menciona que le comentaba a don Renato que, por ejemplo, el doctor Ruíz indica que en el Hospital de Heredia, se alcanzó lo que se denomina el punto de equilibrio, se están realizando diez cirugías por día, no cinco que es la norma, repite, si no diez cirugías por día y se hizo el análisis y se determinó que a ese ritmo, no se logrará atender la lista de espera, por lo que se deben buscar otras opciones.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que se ha estado esperando y tratando de aprender de la doctora Villalta, así como de los equipos y le producen una gran preocupación las listas de espera y le parece que así se sienten los demás señores Directores. Cree que es el momento de gestionar distinto, porque estima que no se está produciendo impacto, dado se tiene una oferta mayor y bien lo indica don José Luis Loría, al ser la oferta mayor, se tiene una demanda mayor. Como ejemplo, el caso de las resonancias magnéticas, anteriormente, no existían y, en este momento, se realizan diagnósticos por ese medio. Lo mismo sucede cuando se determina que existen nuevas modalidades de detección de enfermedades, como ilustración, la del cáncer; entonces, se tienen mayores ofertas y, evidentemente, mayores demandas y no se está produciendo impacto. Menciona que ayer le estaba comentando a un joven que tiene el 60% de pérdida en un oído y estaba haciendo todo lo posible, para que la compañía lo enviara a recibir tratamiento, través del Instituto Nacional de Seguros (INS), porque se lo daban más rápido. Evidentemente, el patrono le indicó que esa no era una situación de salud, producto del trabajo en la empresa, porque ahí no se producía ruido de esa naturaleza y lo envió para ser atendido en la Caja. En la Institución se le indica que tiene un tumor, pero el Especialista lo puede atender hasta en el año 2018 y esa situación le produce mucha preocupación. En ese sentido, le comentó a un Director de la Junta Directiva que, particularmente, se despierta en la madrugada con el pendiente al pensar que esa persona será atendida hasta en el año 2018, pero más bien, “le fue perfecto” porque hay otras personas a las que se les puede brindar la atención más allá del año 2020. Reitera su preocupación, porque observa a un equipo de trabajo que un día ofrece una solución a la problemática de salud y otro día, otra solución y se invierten muchos recursos financieros y no se produce impacto, entonces no entiende cómo continuar así. Le parece que no se tiene la capacidad instalada para resolver el tema, porque se necesita más recursos económicos y se debe buscar diferentes soluciones y si se tienen que ir a buscar recursos financieros, afuera de la Institución con préstamos y declarar el tema como una emergencia nacional, tiene la seguridad que se tendrá el apoyo de los políticos y cualquier tomador de decisiones, apoyará porque afecta a muchas personas y, por ejemplo, le parece que todas las personas, al menos tienen un algún conocido o familiar que está en una lista de espera pendiente y esa situación, reitera, le produce mucha preocupación. Llama la atención porque le parece que no se gestiona el tema, dado que tiene años de estar pendiente de resolución y se ha realizado una gran inversión económica y no producen impacto. En ese sentido, le parece que se tiene que dar una “vuelta de timón” a la gestión. El otro día el licenciado Alvarado Rivera hizo referencia de cuáles eran los “golpes de timón” que se deberían producir y tomar la decisión porque no se puede continuar así. Como ilustración, si falta financiamiento, estima que se debe buscar, además de la capacidad

instalada, contratar especialistas de afuera del país que vengan a solucionar la problemática de las listas de espera en las especialidades, conformar equipos interventores para que gestionen las listas de espera. Recuerda que en muchas ocasiones ha indicado que se realicen jornadas con los especialistas que puedan aportar y de esa forma se le podría estar dando solución a la problemática. Aclara que no está indicando que no se ha gestionado, porque no es justo sino que no se le está dando la solución a la problemática de las listas de espera, pero si en el tema de fondo se hace ese balance, al que hace referencia don José Luis Loría, el problema es que se hace muy buenos esfuerzos y, además, se están haciendo muchas cirugías y más de lo que se hacía hace 20 años, pero el asunto es que en el flujo y en el balance final, no se logra determinar que se esté produciendo impacto en la raíz del problema. Sugiere que se presenten nuevas opciones, para que se produzca un impacto significativo en las listas de espera, lo cual le produciría mucha satisfacción. Repite, si en ese sentido tiene que ir como Director a conversar con la Presidencia de la República o con los Bancos, incluido, el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), o buscar recursos económicos para atender las listas de espera, lo hará. Pero el punto es tener planteados, primeramente, los proyectos y, luego, tomar las decisiones. Lo que está indicando es que hay una sumatoria de gestión, de realidades como falta de Anestesiólogos y Especialistas, tema que varios de los Directores y el cómo Director lo ha señalado, además de falta de recursos económicos en algún momento, aunque para él esa no es una justificación válida, porque si hay que buscarla, hay que encontrarla pero lo que siente es que si se quedan con las jornadas y con el pago de tiempo extraordinario, lo que se están produciendo son problemas de otra naturaleza, por ejemplo, el pago de las remuneraciones, el cual ha venido sosteniendo, pero se está incrementado en forma inadecuada y esa situación no es sostenible. Entonces, le parece que se debe modificar el modelo de abordaje que se está empleando.

La doctora Sáenz Madrigal señala que si existen avances, pero en el balance general se está por abajo de lo que se quisiera y se deseara. Por esa razón, se hizo ese análisis, es decir, está muy claro y se envió una instrucción de presentar una propuesta robusta, contundente y bien planteada para que la Junta Directiva pueda tomar las decisiones.

Por su parte, el Director Fallas Camacho anota que desde que ha estado en la Junta Directiva como Director, hace cuatro o seis años, el problema es fundamental y no es un problema que lo tiene solo este servicio público, porque todos los países que tienen sistemas similares, poseen listas de espera, pero hay una racionalidad en el tema, es decir, el asunto es muy complejo. Desde luego que la Caja ha hecho un esfuerzo significativo, para determinar cómo se resuelve el problema y lo que ha indicado es que con las propuestas que se les solicita a los técnicos, para que indiquen que hacer, se debe buscar una solución inmediata pero temporal, de manera tal que se logre tener una planificación adecuada y poder atender la demanda de servicios de salud, no solo en cirugía sino en todo los demás aspectos que involucran a Caja del Seguro Social, por ser la responsable de la prestación sanitaria y de los servicios de atención médica a la población. Entonces, como lo indica don Adolfo y se conoce que se han realizado gastos significativos en el pago de tiempos extraordinarios, pero no se puede obviar que la lista de espera siempre se eleva, porque es más fuerte la demanda que la oferta. Lo razonable es que se tiene que atender un problema y se le va a buscar la solución, pero no se puede quedar con en esa situación, sino que se tiene que determinar qué hacer en el corto y mediano plazo; además, de que se le dé sostenimiento al tema, en término de cómo dar respuestas a esa necesidad que se va a tener mañana y pasado mañana. Considera que se tiene que tener el diagnóstico claro de la presión

que se está teniendo y la que se puede proyectar hacia futuro, por ejemplo, en la formación de recursos humanos existe una limitante, porque no se tiene la capacidad de poder formar a todos los especialistas que se requiere, pero no es solo el Especialista. Por cuanto involucra una serie de aspectos significativos, como ilustración, se requiere un recurso humano adicional para que ese Especialista pueda trabajar, además de planta física, equipos técnicos, tecnología y todos esos elementos, deben estar preparados para que el plan esté bien trazado y apropiadamente en el mediano y largo plazo, para determinar cómo se atiende racionalmente las listas de espera y es lo que no se ha logrado hacer. En ese sentido, se tiene mucha información sobre las listas de espera, pero no se precisa para poder ser selectivo de quien es, realmente, el paciente que debe estar en la lista de espera y quien puede esperar y quién no. Como ilustración, tiene información de que en otros países hay elementos técnicos médicos que pueden orientar, para determinar quién puede esperar en la lista de espera y quién no. Entonces, se tiene la necesidad de conocer cuál es el perfil de esas personas que están en esa lista de espera, porque no es lo mismo, a pesar de que, a modo de ejemplo, molesta mucho un dolor en una articulación, porque produce dificultad para caminar o una cadera, pero es distinta a un diagnóstico de una patología como el cáncer, porque produce la muerte del paciente. Le parece que hace falta también información apropiada para que está al día la lista de espera, porque no se puede estar trabajando con información del año pasado, para determinar qué se hace para el futuro y esos son asuntos que se tienen que atender; es decir, se tiene que tener elementos antes de determinar, específicamente, los resultados de esos elementos, para determinar qué no ha funcionado y están produciendo listas de espera y es un aspecto que le parece se debe tener claro. Reitera, que se podría indicar que existe las listas de espera por falta de Especialistas, pero requieren de otros elementos; por ejemplo, camas y recuerda el problema del Hospital México que no tenía camas para operar. Por otra parte, no se tiene la patología que funcione a tiempo, para poder tener un diagnóstico del paciente y determinar si se interviene o no. Como ilustración, que el Arco en C no funciona, todas esos asuntos se han presentado con frecuencia en la Junta Directiva, le parece que son temas que no están apropiadamente canalizados para poder atender ese problema racionalmente y es una situación que se ha idealizado, en términos de que se presente una propuesta formal de mediano o de corto plazo, para lograr resolver la problemática de la lista de espera y de pacientes que no se pueden trasladar de un hospital a otro. También recuerda el problema que se produjo con las angiografías, pero hay que pensar en una solución en el tiempo y, en este momento, no se van a terminar con las listas de espera, sin embargo, se logra determinar una racionalidad de ellas. Por otro lado, los Servicios de Urgencias se han recargado y, en ese sentido, si se disminuyen las listas de espera, eventualmente, se podría determinar qué está sucediendo en los Servicios de Emergencias, en términos de si se están solucionando por el Modelo de Atención que se está utilizando. Entonces, el problema lo determina como más serio, para el abordaje global de todo el quehacer para resolver esos problemas.

Por su parte, el Director Barrantes Muñoz manifiesta que el tema se debe abordar, pero no lo tiene tan claro. Recuerda que en el año 2015 esta Junta Directiva aprobó varios proyectos especiales, para producir impacto en las listas de espera, esos proyectos especiales, hasta donde recuerda están localizados en el Hospital México, otros en el Hospital San Juan de Dios y otros tenían una mayor cobertura. También esos proyectos partían de supuestos para lograr producir impacto en las listas de espera, pregunta si se están evaluando esos proyectos.

Responde la doctora Sáenz Madrigal que en este momento se está presentando el avance.

Continúa el licenciado Barrantes Muñoz y anota que si se están evaluando los proyectos, le parece que se deberían focalizar en los supuestos de los que se partió, para determinar los resultados que se obtuvieron, porque en este momento se presenta la globalidad de toda la problemática y se pueden desviar del tema.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y hace una observación, en términos de que no se ha avanzado en la presentación, dado que se está presentando la segunda lámina.

Al respecto, indica el Director Barrantes Muñoz que lo que quiere dejar planteada es su expectativa. Cree que si se van a evaluar los proyectos, se deberían focalizar en la evaluación de este tema, porque no se buscaba eliminar las listas de espera, sino producir impacto. Lo que quiere conocer es el impacto que se logró producir, si se tuvo el éxito esperado y, luego, se podría analizar la problemática en general, pero si se va a presentar de nuevo todo el universo, estima que lo que se tendría es un resultado de “absoluta frustración de entrada”, porque no se podrá medir bien el impacto que se produjo. Es una observación que hace, en el sentido de cómo abordar este tema.

Señala la señora Presidenta Ejecutiva que, efectivamente, esta Junta Directiva ha mostrado el interés de producir impacto en las listas de espera. Se presentó un proyecto general denominado portafolio de proyectos, en el que estaban incluidos algunos proyectos los cuales fueron aprobados para ir produciendo impacto en las listas de espera. Lo que se está presentando es el avance del tema, no es la problemática general de las listas de espera, por esa razón, introducía el tema en el sentido de que como lo habían visto, en la sesión que tuvieron el viernes que no se confundan porque este tema, inclusive, ya se había enviado a la corriente de la Junta Directiva. Enfatiza en que lo que se está presentando es el avance de los proyectos aprobados en el citado portafolio de proyectos, el cual era una lista de opciones, mediante las que los establecimientos optaban por proyectos, para producir impacto en las listas de espera. En términos generales, en la información que se presenta en la lámina, lo que está mostrando es que de 90.000 registros de pacientes, muchos de ellos venían del año 2003 hasta la fecha, en el impacto que se produjo de los 93.000 pacientes que se operaron, el 22% de los antiguos y el mayor porcentaje, fueron los nuevos que fue el 78%. Entonces, lo que sucede es que todavía quedan pendientes pacientes antiguos y recientes. Repite, le parece que se debe avanzar en la presentación, porque este es un informe que está relacionado con el portafolio de proyectos que esta Junta Directiva aprobó.

El Director Devandas Brenes comenta que él consultó unos acuerdos de la Junta Directiva, por ejemplo, en el apartado 6° del artículo N° 24° de la sesión N° 8773 de fecha 23 de abril del año 2015, se acuerda: *“instruir a la Gerencia Médica para que de manera mensual informe a la Junta Directiva mediante un boletín ejecutivo sobre los avances del proyecto”*. En ese sentido, confiesa su deficiencia porque no ha recibido los boletines mensuales. Ante la interrupción del licenciado Gutiérrez Jiménez, le indica a don Adolfo que necesita que lo atienda un momento y continúa, porque en el apartado 7° del citado artículo, se indica: *“Instruir a la Dirección de Planificación Institucional para que, en un plazo de tres meses y en coordinación con la Gerencia Médica, la Gerencia Administrativa y la Gerencia Financiera, se analicen modalidades de pago distintas o adicionales a las que ya se tienen y que, además, se presente una propuesta para el abordaje integral de las listas de espera que apunte a la mejora en la gestión y en la reducción del tiempo de espera”*. Es decir, esta Junta Directiva ya resolvió y ese acuerdo no se ha cumplido.

La Gerente Médico aclara que sobre el informe mensual no se ha logrado presentar, porque los hospitales tuvieron dificultades para empezar en tiempo la ejecución del proyecto, a pesar de que se tuvo una nota del director de los hospitales, en la cual adquirirían un Compromiso previo, no se logró empezar a tiempo los proyectos. Entonces, los inicios de los proyectos fueron muy dispares y dentro del mismo proyecto, a las Direcciones Regionales se les había asignado el seguimiento de los proyectos y comenzaron a incumplir, por lo que se les solicitó la información y empezaron a realizar los informes y a incluir la información en las bases de datos. Ese aspecto dificultó la presentación del informe, a pesar de que desde el mes de octubre pasado se están intentando presentar ante la Junta Directiva, además, de que la información se ha tenido que estar actualizando en los informes. Sobre el plan, está hecho y lo han venido revisando con la Presidencia Ejecutiva, esa es la reunión a la que se refirió la doctora Sáenz, es decir, que el martes se presentó el tema. También se ha venido trabajando con las metas y con los proyectos a corto plazo, por ejemplo, las capacitaciones de las jefaturas y, repite, que el informe está pendiente de ser presentado ante la Junta Directiva.

El Dr. Devandas Brenes manifiesta su preocupación, porque el acuerdo tiene un año de atraso, dado que se estableció que los informes se presentarían cada tres meses. Como ejemplo, en el artículo N° 10° de la sesión 8786 de fecha y 1° de julio del año 2015, se acordó que los Directores debían certificar las listas de espera en un plazo de treinta días y a la fecha no sea presentado la certificación. El objetivo de esa certificación, fue porque se constató que los registros tenían deficiencias y, precisamente, al exigirles a los directores que certificaran las listas de espera, con todo lo que jurídicamente implica, se iba a obligar a los altos jefes a revisar los registros. Hace hincapié en que este tema lo menciona, porque al escuchar a don Adolfo y al Dr. Fallas, sigue manifestando su preocupación, pero ya la inquietud quedó concreta en acuerdos. Reitera, que desde su punto de vista, salvo que se demuestre lo contrario no se ha cumplido con el acuerdo. No se quiere referir a otros acuerdos, porque existen y muy concretos, pero sobre todo al que se refiere a la Dirección de Planificación y las Gerencias y lo lee, en términos de que presenten una propuesta para el abordaje integral de las listas de espera. Repite, ese acuerdo se tomó el 23 de abril del año 2015, es al apartado 7) del artículo 24° de la sesión 8773 y en este momento, es el mes de febrero del año 2016 y no se ha presentado el informe.

El licenciado Gutiérrez Jiménez le indica a don Mario que no solo existen esos acuerdos, porque está leyendo los últimos y, además, hay acuerdos anteriores que tampoco, necesariamente, los han logrado cumplir; aunque conoce que se han hecho avances, pero ese en específico no se ha presentado ante la Junta Directiva y, también, conoce que han existido problemas como los que señala la doctora Villalta Bonilla. Le parece que el problema y en ese aspecto coincide con el Dr. Devandas, en términos de si existe algún aspecto que se solicitó a un mes y no se puede presentar, es la administración la que tiene que indicar sobre el problema que tuvo y solicitar que, como ilustración, si el plazo es de un mes que se amplíe a dos meses, porque de lo contrario se determina como un incumplimiento. La señora Gerente Médico acaba de dar un ejemplo del problema que tuvo con los directores, pero si no se informa, don Mario tiene toda la razón y no solo don Mario, sino todos los Directores que han que en la Institución no se cumplen los acuerdos, porque lo cierto es que los temas se presentan en el Consejo de Gerentes, se reúnen con la Presidencia Ejecutiva en algunos casos, para analizar algunos temas, pero no se presentan en la Junta Directiva y el acuerdo fue tomado en el Órgano Colegiado. Entonces, es igual a que no existe y en ese aspecto concuerda con don Mario Devandas. Los asuntos se deben presentar en la Junta Directiva en el plazo que se establece, con el acuerdo concluido o la razón por la cual

no se cumple y no se está refiriendo solo a los acuerdos de la Gerencia Médica, sino de todos los acuerdos en general.

El Director Alvarado Rivera indica que el informe tiene datos muy preocupantes y de los acuerdos que hay que cumplir, se ha hecho mucha referencia, pero este trabajo tiene un tema serio, porque no hay cumplimiento efectivo de todas las metas. Le preocupa porque en lugar de disminuir las listas de espera se elevan y está de acuerdo en que ingresan más pacientes de los que se pueden egresar, pero también hay incumplimientos muy grandes que no tienen una razón, porque lo que se está haciendo es aumentar los plazos y los tiempos. En ese sentido le parece que se debe analizar muy bien la situación.

Continúa el Dr. Manuel Navarro y respecto de la información que está contenida en el informe, sobre los pacientes resueltos y comparando el año 2014 con los del año 2015, concretamente, se produjo un incremento de la cantidad de pacientes atendidos entre un año y el otro 2014 y 2015. En la comparación de la cantidad de pacientes que hay por Red de Servicios, en el total nacional se determina una disminución de pacientes y retomando las situaciones anteriores, no son los mismos pacientes que están esperando. Sin embargo, en lo que es la Red Noroeste, hay que remarcar un incremento en la cantidad de pacientes de los años 2014-2015, por la situación acontecida con algunas salas de operaciones en el Hospital México y en la Red Sur, correspondiente a la del Hospital San Juan de Dios, porque hubo una reducción igual a la Red Este, donde se logra determinar una reducción y la Red Especializada en la cantidad de pacientes de un cierre de año con el otro 2014-2015. Referente al tiempo promedio de espera, se produjo una disminución al cierre del mes de diciembre del año 2015 de 275 a 265, el detalle es que aunque se incrementaron los pacientes en la Red Noroeste, si hubo una gestión para reducir el plazo. En la Red Sur hubo un incremento leve y en la Red Este se produjo otro incremento y, sucesivamente, lo que es la red especializada.

Interviene el Director Alvarado Rivera y manifiesta su preocupación, por ejemplo, en la Red Este se produjo un incremento en el tiempo de espera de los pacientes, porque se esperaría que por lo menos se mantenga la gestión que se está haciendo. Por ejemplo, en la línea en la que se refirió el Dr. Fallas Camacho, se puede discutir cual es la necesidad que hay, pero si se tiene una línea base y todas las condiciones que don Oscar menciona, porque no se tiene la estructura, no se puede aceptar que se incremente el tiempo de espera, por lo menos que se mantenga dónde está.

Al respecto, indica el doctor Manuel Navarro que hubo que hacer un reemplazo de equipo de aire acondicionado en el Hospital de Limón, lo cual acumuló pacientes, prácticamente, por cuatro meses.

Al licenciado Alvarado Rivera ese aspecto no le parece una justificación, porque estima que en el tema no existen. Reitera su preocupación, porque no puede ser que se tarden cuatro meses en resolver un problema de un aire acondicionado y, además, se incremente la lista o el tiempo de espera.

Continúa don Manuel Navarro y anota que otro aspecto que se determina de la información, son los porcentajes de programación de pacientes más antiguos, igual a los años 2014-2015 en las diferentes redes de servicios, porque del total se pasó de un 39% a un 43%, el resultado es

positivo, la cultura se está insertando dentro de la gestión de los hospitales, aunque no al ritmo que se requiere, pero se logra determinar un cambio de gestión.

El Director Gutiérrez Jiménez le indica al doctor Navarro que cuando se hace referencia de un 39% a un 43% y no se tiene la información cuantitativa, no queda clara la gestión que se está haciendo.

El doctor Navarro indica que esa información se relaciona con el tema al que se hizo referencia hace un momento, los pacientes más antiguos se están programando en un 43% anteriormente al año 2014.

Respecto de una pregunta de don Adolfo Gutiérrez, tendiente a conocer cuál es el universo, responde el Dr. Navarro Correa fue la información que se comparó en la primera lámina, es decir, de 43.000 pacientes, quedaron 23.000 sin ser resueltos, o sea, se atendió al paciente más antiguo de la lista de espera. Recuerda que la tendencia es que disminuye, porque se está tratando de atender en un tiempo oportuno toda la lista de espera y así, sucesivamente, donde la Red Este tuvo un 51% y todas la Redes tuvieron un incremento en su programación de pacientes más antiguos. Sobre las horas subutilizadas, porque también se hizo referencia de ese tema, donde se determina que hubo una diferencia de ganancias en cantidad de horas, en relación con la Red Noreste, dado el problema de salas de operaciones que hubo, entonces, se tiene un resultado negativo. Explica el gráfico de comparación del comportamiento de la proyección de las listas de espera quirúrgica y señala que la línea azul, es la cantidad de pacientes remanentes del año 2015, en función del comportamiento que tuvo la lista de espera en el año 2014 y se hizo una proyección lineal de cómo se comportaría esa lista de espera al año 2015. Las barras rojas corresponden a los números reales de la lista de espera que hubo en cada corte de cada mes y la línea verde, se refiere a los pacientes atendidos. El gráfico a nivel nacional resume que al mes de diciembre del año 2015, la lista de espera debería estar en alrededor de 250.000 pacientes y está en un número aproximado de 120.000 pacientes. Esa comparación se hace en cada una de la Red de Servicios, con esa brecha que hay y lo que se logra determinar es que la gestión se logró modificar, pero sigue existiendo una brecha de pacientes que se atendieron, aun cuando la lista se consideró como un aumento, el total proyectado debe estar en el borde la línea azul, así se determina en la Red de Servicio Oeste.

Respecto de una inquietud del doctor Devandas Brenes, explica el Dr. Manuel Navarro que la estadística lo que hace es una proyección del comportamiento del año 2014 y como debería haber sido el crecimiento en el año 2015. El supuesto es que de enero a diciembre del año 2015, la lista de espera iba a tener el comportamiento que tuvo en el año 2014, es decir, debería ir en incremento.

En cuanto a una consulta de Don Mario Devandas, tendiente a conocer cuáles son las variables que dan esa proyección, responde el Dr. Navarro que los egresos de los pacientes por hospital a nivel nacional, sumados los ingresos y el remanente con el ingreso de cada mes con una diferencia de egresos.

Pregunta el Director Devandas Brenes que cómo hicieron el sustento de esa proyección y cuáles fueron las variables que se consideraron en la Estadística.

Responde el doctor Manuel Navarro que el estadístico observó el comportamiento de ingresos, eliminó los casos que egresaban, el remanente que se tenía del año anterior y lo que quedó del total se graficó mensualmente. Lo que se muestra en la barra roja, es el comportamiento real de la gestión que hubo por mes, a nivel nacional y así lo realizaron en cada una de las Redes de Servicios de Salud, observando siempre esa brecha de pacientes que existía.

Indica el doctor Devandas Brenes que de la información se determina que la tendencia en la Red Sur es decreciente.

Sobre el particular, indica el Dr. Navarro que la observación que habría que hacer, es que la información es sobre los pacientes electivos y ambulatorios de Consulta Externa; sin embargo, en las Salas de Operaciones se trabaja con pacientes hospitalizados y de emergencias. Entonces, lo que se está mostrando es el comportamiento del ingreso de los pacientes a la Consulta Externa y el resultado de los pacientes que egresan de la Sala de Operaciones. En ese sentido, son eficientes si el resultado logra llegar a cero, porque podría ser que se está pensando que la emergencia no está afectando a la Sala de Operaciones. Cuando se hace referencia de las listas de espera quirúrgica, se refieren a aquellos pacientes que ingresan por Consulta Externa, las cuales son cirugías programadas y se realizan electivas y ambulatorias, dado que la cirugía de emergencias no es programada. Por ejemplo, la hospitalización es una cirugía de paciente que ingresó y se complicó y es cuando se indica que el ingreso de pacientes es mucho mayor y solo la Consulta Externa, está colapsando sin sumar los pacientes de emergencias y hospitalización. En el gráfico se puede observar que se comparan las barras azules correspondientes a la Consulta Externa y las cirugías realizadas y en las barras rojas, se muestra la cirugía mayor ambulatoria, en sus totales y en las diferentes Redes de Servicios. Llama la atención que la Red Noroeste hace mucha Cirugía Mayor Ambulatoria y recuerda que tuvieron un problema con el Hospital México, porque se tenía que hacer mucha cirugía ambulatoria, dado que es para aprovechar un poco más los quirófanos, por ejemplo, la Red Este no tiene mucha Cirugía Ambulatoria y en el Hospital de Guápiles, existe un problema de transporte público después de las 6:00 p.m., por lo que ha sido difícil implementar la corta estancia y en ese Hospital, al igual que en el Hospital de Limón, porque también presenta un problema de transporte, entonces, afecta mucho la implementación de esa modalidad. Referente al comportamiento de Cirugía Mayor Ambulatoria, el año 2015 se incrementó un 44% en comparación con el año 2014 y se está realizando mucha cirugía de baja complejidad, entonces, con la información se logra determinar cómo se ha incrementado en cada una, es decir, un 61%, un 24% y un 33%.

El Director Loría Chaves le solicita al doctor Navarro que haga referencia de ejemplos.

Sobre el particular, el doctor Navarro indica que las cirugías de baja complejidad son vesículas, hernias, procedimientos relacionados con urología y, además, no son sangrantes, testículos hidroceles, ginecología, salpingectomía, vasectomías, porque son cirugías ambulatorias. También se hace algunas cirugías percutáneas, son cirugía que se realizan en cardiología y son ambulatorias y hay algunas cirugías por las cuales el paciente tiene que permanecer en el hospital un poco más de un día, las cuales se consideran de corta estancia. Continúa la exposición y anota que el comportamiento anual del tiempo o de autorización de las Salas, en este momento está a un nivel de un 58%, los hospitales están con un comportamiento sobre el nivel nacional. Se tiene un resumen de la programación anual de pacientes en comparación con

los años 2014-2015 y cuando se hace referencia de 275 días promedio y que disminuyó a 265 días, se tienen 13 hospitales que incrementaron los plazos de programación.

El licenciado Alvarado Rivera pregunta si se tiene identificado, por qué aumentan los plazos de espera y por qué no se puede mantener el plazo razonable. Le preocupa porque sería un tema de gestión y si no se gestiona, las listas de espera se elevarían preocupantemente.

Por su parte, al Director Loría Chaves le parece que entre mejor diagnóstico se tenga, más demanda se tendrá y ese es uno de los problemas que se están determinando, porque cuando se indica, por ejemplo, que existe una gran cantidad de citologías sin resolver y, además produce otras listas de espera. La dimensión es muy compleja y estima que el problema es más político, en el sentido de que se tienen que definir grandes políticas. El otro aspecto, considera que es, definitivamente, el asunto está ligado a la estructura de contratación de los servicios médicos que se tienen en la Caja.

Al respecto, indica el Director Alvarado Rivera que está de acuerdo con ese análisis, pero no acepta que si se tienen hospitales en los que no se logra avanzar, es un tema administrativo; excepto, que se indique que hay una pérdida de la capacidad instalada del 50%. En ese sentido, se puede pensar en una reducción de la capacidad instalada, pero si se tienen los instrumentos y la capacidad técnica a ese nivel, se tendría que mantener la gestión. Si solo puede atender 20 pacientes, se tiene que sostener esa cantidad, pero no puede ser que de pronto se disminuya la gestión, porque conoce que hay otros hospitales que con las mismas condiciones, mantienen el trabajo o mejoran la calidad de los servicios. Como ejemplo, el Hospital Nacional de Niños, el cual ha mostrado un esfuerzo significativo dentro del plan piloto, en términos de reducir los días de espera o la estancia hospitalaria o los promedios de espera anual en la lista. Es decir, desarrolla una gestión producto de un proyecto que esta Junta Directiva propuso, aprobó y en el que ha invertido gran cantidad de recursos financieros, o gestiona con los recursos que tiene y hay funcionarios que gestionan. Entonces, no es posible que de repente se indique que en los centros, las autoridades en lugar de gestionar, se queden con lo que tienen y lo que generan es que las listas de espera se eleven y, en ese sentido, se determina que la gestión no está funcionando. Enfatiza en que para él, este estudio lo que debería de estar reflejando, son las condiciones específicas donde está fallando la gestión, para incidir directamente en la gestión administrativa, respetando la gestión que realiza el doctor Navarro; como ilustración, lo perfecto es lo amigo de lo bueno. Entonces, hay que ir buscando soluciones parciales a los problemas para que se pueda ir determinando, como ejemplo, los cuellos de botella y resolverlos, puntualmente, y avanzar en general, para lograr los objetivos definidos.

Al señor Loría Chaves le parece que es un tema de gestión y en los análisis, como ejemplo, cuando se pagan jornadas extraordinarias, se debería incluir la producción ordinaria, porque se necesita conocer si se pagó más tiempo extraordinario y si se está cumpliendo con la producción ordinaria y se con las extras se están atendiendo las listas de espera.

Recuerda la señora Presidenta Ejecutiva que cuando la Junta Directiva aprobó en esa ocasión el proyecto, uno de los requisitos era la utilización de las salas y la optimización del uso de los quirófanos en el tiempo ordinario, porque fueron los dos criterios para poder ingresar en el proyecto. Le parece que lo que está planteando don José Luis Loría, es que se debería conocer si se cumplió o no. En ese sentido, estima que la doctora Villalta Bonilla puede aclarar.

La señora Gerente Médico señala que don Renato y don José Luis tienen razón, cuando indican que es un problema de gestión, si en un hospital se quiere disminuir el tiempo promedio de espera, lo que se tiene que hacer es operar los pacientes pendientes en la lista de espera, para ir reduciendo la lista de pacientes, es decir, operar los pacientes más antiguos. En el estudio se logra determinar un incremento en la resolución de pacientes antiguos y, además, un cambio de cultura pero muy lento, porque empezaron a programar pacientes más antiguos, en relación con los que se programaron en el año 2014. Se hubiese querido al igual que algunos hospitales lo lograron, dar un cambio radical en la programación de pacientes antiguos. En los plazos de espera se atiende el paciente más antiguo y se reduce la lista, porque si se empieza a atender los pacientes de este año, no se reducen los plazos, es un asunto de gestión. Al final de la presentación hay una lista que le solicitará al Dr. Navarro que la presente, relacionada con un asunto importante, porque se está teniendo una sobredemanda de en el caso de Ortopedia, entonces, ahí se tiene que hacer un análisis de ortopedia, por ejemplo, las fracturas de cadera y los accidentes de tránsito en los diferentes hospitales, no están permitiendo atender la lista de espera y hay muchos de esos pacientes del año 2008 que son de Ortopedia y, en ese sentido, se tendría que dar un trato diferencial.

El Dr. Manuel Navarro continúa con la presentación y se refiere al tiempo promedio, porque en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), se estableció una meta de 202 de días de espera y están a ese nivel y se tiene un plan, para poder atender el tema y lograr cumplir las metas. Por otro lado, presenta el avance de los proyectos y del incremento de la capacidad instalada que se había indicado al principio. Se refiere al Servicio de Hemodinamia y la Atención del Cáncer de Mama con Calidez. En Hemodinamia se tiene que referir al año 2014 donde había más de 2.000 pacientes esperando un procedimiento y más de 1.810 en espera promedio y cuando se presentó el proyecto a esta Junta Directiva, se tenían entre 1.679 pacientes y 1.810 en espera, en los tres hospitales nacionales. El proyecto se autorizó por la Junta Directiva, era un incremento de la capacidad instalada aprobada por un pago para los hemodinamistas y tiempo extraordinario, para el equipo de apoyo y se hicieron 192 cateterismos de las listas de espera, para una reducción de 340, es decir, se pasó de 1.600 a 340, pero como se ha indicado en el Órgano Colegiado, la cantidad de procedimientos no llama la atención, sino la cantidad del plazo que disminuyó, o sea, se incrementó la capacidad productiva en la mañana, hubo una mejor gestión y una depuración de pacientes.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y señala que con esa información, se está determinando el impacto que se ha producido, porque disminuyó el número de cateterismo pendientes y el plazo de espera.

Coincide el Director Gutiérrez Jiménez con la doctora Sáenz Madrigal y le parece muy bueno, porque se produjo una reducción en la lista de espera, pero desea que en algún momento se explique, si se toma el porcentaje de aumento de las remuneraciones porque es muy elevado. Lo anterior, por cuanto tiene un dato al respecto más adelante y lo comparte, aunque “no hay dinero para salvar una vida”, ese aspecto está claro. Sin embargo, no está haciendo referencia del cateterismo, sino en el contexto general porque es importante determinar si lo que se está invirtiendo, está dando un resultado positivo; porque como lo indica don Renato, si lo que se está invirtiendo hace más bien que crezcan las listas de espera y, por otro lado, no se está produciendo impacto en las listas de espera, sino que se están generando más gastos y atentando contra la sostenibilidad financiera de la Institución y esa es una preocupación.

Respecto de una inquietud del señor Loría Chaves, indica el Dr. Navarro que se está indicando que en el año 2014 había pendientes en la lista de espera 1.669 cateterismos y en el año 2015 hay 340 en la lista de espera. El proyecto se inició en el mes de marzo del año 2015 y esa información corresponde a los meses de octubre y diciembre de ese mismo año.

En cuanto a una consulta de don José Luis Loría, en el sentido de que el plazo de espera disminuyó de 1.800 a 81 días y si es el promedio nacional, responde la doctora Villalta Bonilla que sí.

El doctor Navarro Correa enfatiza en que a la fecha que se hizo el informe, al mes de diciembre del año 2015, son la totalidad de los pacientes a ese año. Lo anterior, hace referencia de una gestión ordinaria y un cambio de concepto de trabajo, son salas exclusivas porque se podría estar comparando Hemodinamia con cirugías, es decir, son Salas exclusivas con recurso más exclusivo. Las emergencias se atienden en la modalidad de disponibilidad médica de las 4:00 p.m. en adelante, los sábados y domingos veinticuatro horas y los 192 cateterismos, se hicieron en un plus paralelo con el tiempo extraordinario. Parte de la gestión que hicieron los hospitales fue darles más prioridad a los cateterismos, pero con un tiempo de autorización de las salas, entonces, se determinó que se estaban subutilizando, si un servicio no la usaba, era ocupada por otros servicios, en ese sentido, se produjo un cambio en el concepto de la gestión.

El Director Barrantes Muñoz indica que sería muy valioso, poder determinar el detalle de la producción por hospital.

La doctora Sáenz Madrigal indica que esa información está contenida en el informe.

Aclara la doctora Villalta Bonilla que la información de Hemodinamia no está contenida en el informe.

Al respecto, le indica la doctora Sáenz Madrigal al licenciado Barrantes que se le puede enviar.

Continúa el doctor Manuel Navarro y señala que otro proyecto, es el reporte de mamografías que se presentó en la Junta Directiva, como atención de cáncer de mamas con calidez. Recuerda que cuando se presentó el informe, se tenía que a finales del mes de octubre, habían 26.000 pacientes, a los que se les había practicado una mamografía y no habían sido reportadas, con un plazo promedio mayor a 180 días y al mes de diciembre del año 2015, quedaban 12.000 estudios sin reportar pero ya distribuidos, a esta fecha están atendidos los reportes y el plazo se disminuyó a 100 días.

El doctor Devandas Brenes pregunta cómo está actualmente la situación.

El doctor Manuel Navarro responde que al mes de febrero del año 2016, hay pendientes 12.000 lecturas de mamografías, pero no son de las 26.000. Recuerda se están arrastrando pacientes o reportes. La información del reporte de la mamografía para la estadística, la reciben un mes después de que se realiza la mamografía. La primera semana de febrero de este año, las 12.000 mamografías, estaban distribuidas para ser interpretadas, pero no puede indicar que estaban reportadas, porque el reporte se realiza cuatro u ocho días después. A esta fecha están atendidas

las pacientes y, a la fecha hay pacientes atendidas del mes de enero de este año y se están reportando las mamografías.

El Dr. Devandas Brenes sugiere que se actualice el informe, para que no se genere una confusión con la información, porque pareciera que cuando se hizo el informe esas mamografías estaban pendientes de realizar.

El Dr. Navarro señala que si en el reporte se identificaron algunas pacientes con lesiones, ya fueron atendidas. Por otro lado, se autorizó otro proyecto para atender el tema de Cirugía Cardiovascular y se pidió que se hiciera una valoración del impacto que se produciría en el tiempo. Se determinó un incremento en el tiempo y hubo que enviar un equipo para revisar la lista de espera, expediente por expediente y, en ese momento sumaron 355 registros en cirugía cardiovascular, todavía no se tiene claro cuál era el problema, entonces, se empezó a revisar y de esos 355 pacientes, se determinó que 115 correspondían a cirugías de tórax y se estaban incluyendo dentro de la misma lista, situación que no era coincidente, habían 106 expedientes que no estaban depurados y estaban en la lista de espera, un paciente no se ubicó y en ningún momento estuvo asignado como cirugía, pero si estaba incluido en la lista. Luego de la revisión la lista de pacientes quedó comprendida con 133 pacientes entre los años 2010 y 2015. Sin embargo, en ese momento todavía no estaba clara la situación, en términos del por qué se incrementaba la lista de espera, porque cuando se hizo el cruce de esos pacientes, para darle un plazo, el incremento da más en comparación con el ingreso y existían 53 ingresos de pacientes extemporáneos a la lista, después del corte al 31 de diciembre del año 2015. Significa que los pacientes, en algún momento ingresaron de manera extemporánea, por lo que la lista no era coincidente y ese aspecto, ensució o enmascaraba el dato y se produjo un impacto en la reducción de la lista de espera.

Respecto de una pregunta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer que significa que los pacientes ingresaron en forma no regular, responde el Dr. Navarro que hubo un ingreso de pacientes, los cuales no estaban en cita con fecha previa. Por ejemplo, cuando se hacen los cortes al 31 de diciembre del año 2015, en teoría los pacientes que pueden ingresar son del 01 de enero del año 2016 en adelante y esos pacientes estaban incluidos en fechas previas al 31 de diciembre del año 2015, se está haciendo referencia de pacientes de los años 2012, 2013 y no existían en la lista anterior, es decir, aparecieron de un momento a otro y ese aspecto incrementó el plazo de resolución de las listas de espera. En esos términos, se le solicitó una explicación al director y a la fecha, están en espera de esa aclaración.

Al respecto, indica el Director Fallas Camacho que es difícil comprobar que sucede en un hospital, por lo que se debe esperar a que el director responda.

Sobre el particular, señala la señora Gerente Médico que por esa razón, un equipo de la Gerencia Médica fue a realizar ese trabajo y se revisaron los expedientes. El asunto es que se tiene que tener documentado, porque en el hospital se indicaba que los expedientes, supuestamente, aparecían en una gaveta, pero esa información se tiene que tener por escrito. Por ejemplo, los pacientes de hiperhidrosis, estaban incluidos dentro de esa lista, además, se tenían 400 pacientes para cirugía cardiovascular en lista de espera, en el Hospital México. En ese sentido, se tiene que empezar a ordenar porque en el Hospital San Juan de Dios, no se tenía lista de espera y se está analizando cómo se apoya al Hospital México. Repite, se depuró la lista porque un equipo de la Gerencia Médica fue a revisar expediente por expediente y se determinó que en este

momento, el Hospital Calderón Guardia y el Hospital México, tienen 133 pacientes para cirugía cardiovascular y el Hospital San Juan de Dios no tiene pacientes en lista de espera. Entonces, en el momento de que se redistribuyen los pacientes, se determina que son 133 y no 400 pacientes que se estaba indicando. En este momento, una Comisión está revisando, porque a los Hospitales de Alajuela y a San Juan de Dios, se le trasladaron pacientes para cirugía de tórax y, además, se está revisando para que se justifique, porque se incluyeron pacientes anteriores en la lista de espera.

Continúa el doctor Manuel Navarro y anota que el Proyecto para Cirugía Mayor Ambulatoria y corta estancia, definido para que los hospitales que participaron, el único que no está incluido en la lista, es el Hospital Tony Facio porque se atendió en el Hospital Max Peralta y los procesos están dentro de la producción de ese Hospital. Destaca que de la meta pactada de 8.000 pacientes, se tiene que se resolvió la problemática de alrededor de un 69% y 70%, correspondiente a las especialidades en Ortopedia, Cirugía General y Oftalmología. Comenta que en Oftalmología se tuvieron grandes problemas para poder iniciar el proyecto, no todos los establecimientos ingresaron, porque los profesionales eran de otro tipo de pago y más oneroso. Esa era la situación concreta del por qué no, y los profesionales concretamente los Anestesiólogos. Los Oftalmólogos quieren ingresar pero hay que recordar que es un equipo, entonces, en ese tema, se tienen algunos lugares que han ingresado extemporáneamente. En el Hospital Calderón Guardia los Oftalmólogos no acogieron el proyecto y no ha logrado iniciar.

Pregunta el doctor Devandas Brenes qué significa que no acogieron el proyecto y si se refiere a los Anestesiólogos.

Aclara el doctor Navarro que en Oftalmología.

Señala don Mario Devandas que es importante que quede constando y registrada esa información.

El Director Alvarado Rivera indica que lo importante es conocer las razones del por qué no se logra el éxito. Por ejemplo, puede determinar que la meta pactada, es lo que supuestamente se negoció con cada uno de los directores de los hospitales, en el sentido de que se iban a comprometer a implementar el proyecto con lo que se tenía. La meta pactada son 2.434 pacientes y el logro fue de 1.504 pacientes. Después, se tiene pactada una meta de 8.326 y solo se logró atender 5.709 para un promedio de un 69%. Esa situación no la comprende porque luego se presentaron las justificaciones, se supone que se planea, se hace un cronograma y se indica que es lo que se puede hacer. Por ejemplo, si se presentan en la Junta Directiva e indican qué es lo que van a cumplir, se supone que se ha hecho todo un análisis, en términos de cómo se va a cumplir, pero de repente la meta quedó muy por debajo del cumplimiento. Le parece que se debe puntualizar en el análisis, en el sentido de cómo aspectos que acaba de indicar el doctor Navarro, de que algunos especialistas se opusieron al proyecto, porque querían un pago más elevado. Entonces, pregunta y que se indique por escrito, la justificación del por qué la no consecución de los objetivos, pase por un interés personal y no un interés institucional. Entonces, quiere que quede por escrito y se indique quiénes son, cuáles son y en qué hospitales los especialistas se opusieron al proyecto, repite, y lo hagan por escrito. De tal manera que se logre determinar cómo fue la coordinación del director del hospital, con respecto de los cirujanos de ese hospital, en el momento de ofrecer el cumplimiento de una meta y, le parece que se deben ir estableciendo las responsabilidades sobre las personas que no cumplen, con el proceso y con el

proyecto. Le preocupa porque, eventualmente, se está dilapidando los recursos de la Institución y esa situación no puede ser, porque no se permite avanzar y esta Junta Directiva, así como don Mario Devandas lo apuntaba, toma decisiones concretas de actuar sobre los problemas específicos y por qué no se logran los objetivos. Le parece que es porque hay decisiones unipersonales que no permiten el éxito de un proyecto, con el que se tiene la necesidad de producir impacto en las listas de espera, las cuales están constituidas por personas, que están esperando ser atendidas en servicio.

El Dr. Manuel Navarro continúa y a resumen anota que la producción y la inversión que hubo al año 2015 y al cierre del mes de ese mismo año, en lo correspondiente al tema de las mamografías, hemodinamia, cirugía cardiovascular y cirugía de jornadas de producción que es cirugía general, ortopedia y oftalmología. El listado que se tiene es de dos hospitales que fueron los que se autorizaron el proyecto, posterior a los meses de octubre y noviembre, es decir, tuvieron un pequeño desfase de arranque del inicio, porque empezaron en el mes de enero del año 2015 y en el mes de enero se empezó a trabajar con esos montos. Aclara que en este momento, no se tiene los datos de producción, porque están incluidos en la fase con la ejecución.

El licenciado Gutiérrez Jiménez insiste con el gasto en el pago de remuneraciones, por ejemplo, en los años 2008 y 2009, tuvieron un incremento de alrededor de un 1.8% y en el año 2014, mostraron un incremento de un 6%. Recuerda que en ese momento, se produjo una contención del gasto en esos rubros, producto de que la Junta Directiva hizo ese señalamiento y fue muy importante y se produjo un control en el gasto de remuneraciones, pero en el año 2015 se está en una ejecución presupuestaria distinta, por ejemplo, el otro día que se presentó la información, se determinó que se incrementó en un 13.2%, es decir, que se el porcentaje en comparación con el año 2014, se elevó de un 6% a un 13.2%. Entonces, sigue creyendo que se tiene un problema de sostenibilidad financiera.

La doctora Sáenz Madrigal pregunta a don Adolfo que si se está presentando la ejecución presupuestaria.

El Director Gutiérrez Jiménez responde que está determinando el crecimiento de en el rubro de remuneraciones.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que con el fin de dar un elemento en la ejecución, que no mostró la vez pasada, cuando en los otros rubros no se ejecutan, el gasto de la ejecución de remuneraciones se eleva. Señala que le gustaría revisar el dato en la parte nominal, exactamente en el crecimiento real.

El licenciado Gutiérrez Jiménez apunta que a ese aspecto iba, el crecimiento real es de un 13.2%. Lo que está llamando la atención es que cada vez que se indica que el porcentaje del gasto, producto del pago de las remuneraciones se elevó, se justifica a que se tiene una situación de un esfuerzo adicional en las listas de espera, pero no le queda claro que representa. Le gustaría conocer y que se lograr resolver el tema, porque no es para la Gerencia Médica, pero si para la Auditoría y para la administración. Le parece que cuando se tiene un crecimiento de un 13.2% en remuneraciones, debe significar una llamada de alerta, porque significa que el pago de tiempo extraordinario, disponibilidades y el pago de horas extras, entre otros, se disparó otra vez.

Quiere entender cómo se desglosan esas partidas, como ejemplo, si se está gastando más y produciendo un impacto menor, entonces no se está gestionando con racionalidad. Le preocupa porque no es justo para la Institución y, aclara, no para esta Junta Directiva indicar que no se está gestionando, por supuesto que sí y se está mejorando respecto de lo que se ha hecho anteriormente. El problema es que en el balance es que se está haciendo más de lo mismo, en el sentido de que aunque se ha mejorado, el impacto final no es el deseable, porque los gastos están creciendo y no se están manteniendo en el tiempo. Reitera, en que se tiene un problema de gestión y de no producir impacto y, además, se está produciendo un gasto más elevado y, particularmente, ese tema le produce mucha preocupación. Sobre todo porque está determinando que el gasto en remuneraciones, otra vez se está disparando y esa situación no es sostenible, entonces, sino se resguardan los recursos financieros, no se va a tener, por ejemplo, la posibilidad de dar el servicio y, por esa razón, le pregunta al señor Auditor, cuál es el componente de ese crecimiento, cómo se desagrega para poder indicar que producto de la atención de las listas de espera, se ha producido un crecimiento significativo en el gasto y sería satisfactorio y, además, puede determinar cuál es el disparador para definir qué se controla y a dónde se detiene o a donde reorienta.

Recuerda el Director Devandas Brenes que a los proyectos se les asignó un presupuesto y con base en el monto, se plantearon esas metas, entonces desea conocer si se toma el presupuesto asignado y se divide entre el número de metas, el resultado es el costo unitario y, además, pregunta si en el momento de ejecutar el presupuesto el costo unitario se mantuvo. A modo de ejemplo, si se asignaron diez colones, es decir, el costo de cada proyecto va a ser de diez colones, Como ejemplo asignó diez colones para producir diez, es decir, que el costo de cada uno de los proyectos va a ser diez colones, pero si produjo cinco colones y le costó veinte. Quiere conocer esa información.

A la doctora Sáenz Madrigal le parece que se tendría que presentar esa información, es decir, la comparación del costo unitario original con el final.

Señala el doctor Devandas Brenes que de esa forma, se podría determinar si la eficiencia aumentó.

El doctor Navarro señala que quedaría pendiente para ser presentada esa información. Respecto de las certificaciones de listas de espera, la Gerencia Médica a través del plan de la atención de listas de espera y, luego, esas certificaciones de todos los directores se trasladarían para hacer un consolidado y verificar la información. La cual se podría hacer con la implementación del ARCA-EDUS, es decir, darle viabilidad y la confianza de que la información que envían los directores. Sin embargo, hasta tanto no se tengan implementados los sistemas, la verificación se realizará de manera manual, por lo que se están llamando a los directores para que revisen la información y la entreguen. Las certificaciones se reciben todos los meses, se verifica lo que indican contra lo que realmente envían y se hace la observación. Ese proceso se hace igual con las cirugías, con crecimiento de consulta y con algunas agravantes, porque en consulta es muy difícil verificar los procedimientos, hay millones de registros, en ese sentido, se tiene el Sistema SIAC, es otro sistema que está implementando el plan y está impulsando la Comisión de Listas de Espera para tenerlo a nivel nacional. El detalle es que se ha hecho referencia de 120.000 registros, pero cuando se refirieron al número de consulta, se trataba de 179.000 nuevos pacientes, pero ya existen más controles y el proceso al día de hoy es más dinámico.

Respecto de una consulta de don Mario Devandas, tendiente a conocer si han surgido muchas diferencias, cuando se recibe la certificación y se revisa cuál es la variable promedio, responde el Dr. Navarro que se tienen tres hospitales concretos: los Hospitales México, Calderón Guardia y el de San Carlos, porque tienen en la lista de espera pacientes de ingreso extra. Entonces, es lo que se está tratando de corregir; por ejemplo, el Hospital Calderón Guardia implementó una investigación preliminar, por el ingreso anómalo de esos pacientes, porque están apareciendo hoy en la lista de espera y son pacientes de un año que terminó. Repite, la Gerencia Médica está revisándolo mensualmente en barras, para determinar quién está haciendo variar la lista de espera y para este año, la señora Gerente Médico, instruyó es el recibo del personal director en función del técnico, que lo recibe para que se revise y se lleve una calificación y a medida de que el sistema se va automatizado, se va a evitar el sistema manual y se está buscando una entrega digital.

El Director Devandas Brenes como observación indica que no se trata de establecer un procedimiento inquisitorio, pero si un director de un hospital certifica y, después, se le demuestra que la certificación no está bien fundamentada, la situación se tiene que empezar a acomodar. Está bien que se controle que haya un nivel de verificación, pero ese sentido se determina de nuevo la responsabilidad administradora. Si una persona firma y certifica la lista de espera y, después, la Auditoría realiza una investigación, o la información se envía a la Gerencia Médica y se indica, como ilustración, que no eran 100 pacientes sino otro dato. Entonces, si un Director firma y la certificación es incongruente, puede ser que se le condone una vez, pero si es reiterado, le parece que habría que tomar decisiones más firmes. Repite, no quiere caer en una posición inquisidora ni persecutoria, porque conoce el tema es muy complejo, pero se están administrando recursos públicos.

La señora Gerente Médico se refiere a los pacientes de los años 2008 al 2013, son 3.900 pacientes que están en la lista de espera de cirugía mayor ambulatoria, 1.782 son de Ortopedia. De las cuales 1.317 son artroscopias 1.317, cataratas son 304, cirugías generales 635, de ginecología 569, donde la mayoría es salpingectomía y son pacientes muy antiguas. En ese sentido, le parece que se tiene que trabajar y buscar una solución, porque si se disminuir esas pacientes, se dejaría un espacio para que los antiguos pacientes en cirugía electiva, que requieren camas puedan hacerse dentro de los hospitales, lo cual permitirá una mejora en la eficiencia, no está indicando que no se tiene oportunidades de mejora en los equipos.

El licenciado Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, dado que no entiende como no pueden ser más eficientes en ese asunto, además porque no determinar tanta complejidad. Está muy de acuerdo con el doctor Navarro cuando hace referencia de alta complejidad, estancia hospitalaria posoperatoria, porque es una complicación y si no se tienen camas como se opera.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y refiere que todos los procedimientos correspondientes a artroscopias, se están haciendo en Puriscal y el Hospital San Juan de Dios, logró realizar todos los procedimientos que estaban pendientes.

Continúa don Renato Alvarado y señala que es una solución práctica. Entiende que el tema es un análisis de las listas de espera, como un todo y logra determinar un asunto complejo, pero no se puede perder en el universo, sino que se tiene que determinar dónde se puede producir impacto para liberar rápidamente esos procesos. Le parece que el tema es difícil porque se debe realizar

un análisis profundo de la situación y definir la solución del asunto, desde una perspectiva que produzca impacto directamente en las listas de espera. Considera que el tema se debe analizar cómo lo determinan los economistas, por ejemplo, si la persona tiene muchas deudas que pague las menos onerosas, para que atienda después las significativas, de lo contrario no lo logra. Entonces, resuelva lo pequeño y ordénese para que logre definir, cómo resolver las deudas significativas y le parece que es lo que hay que hacer, es decir, ordenar la lista de espera en función de aquellas que son más fáciles de resolver y que realmente no tienen alta complejidad y, luego, se continúa atendiendo el proceso de lo complejo, lo cual tendrá una solución más difícil, porque como se hace sino se cuenta con camas. Repite, pero se tiene que resolver las menos complejas, por ejemplo, que se envíen para que sean resueltas en una clínica, en un CAIS y se tienen que poder resolver en esos centros y ese es su punto.

El licenciado Barrantes Muñoz determina como necesario que un informe de esta naturaleza, tenga ordenadas sus conclusiones y recomendaciones, porque es un informe de avance. No puede ser que cada uno de los Directores tenga que sacar sus propias conclusiones. Le parece que tiene que haber un informe con las conclusiones ordenadas y las recomendaciones, porque permitiría, no solo dar por recibido el informe sino pautar también instrucciones más precisas, porque considera que el esfuerzo hecho el año pasado, es material importante para definir si se debe continuar con este tipo de esfuerzo o no, o como debe continuar y cree que en ese sentido, solicita que se ordenen las conclusiones y las recomendaciones desde la parte de la Gerencia Médica.

La doctora Sáenz Madrigal indica que para hoy en ocho días se presentará lo que solicita don Rolando Barrantes.

Por su parte, al doctor Devandas Brenes le parece que es muy importante que se establezca un programa de información para los pacientes, porque en lo personal varias personas le comentaron que se les indica que vayan al hospital, por ejemplo, en una fecha para darle la cita, es decir, no le asignan la cita de una vez, sino hasta después. Entonces, ese paciente no está incluido en ninguna lista de espera. En esos términos, le parece que al paciente se le debe indicar que ese procedimiento no es correcto, es decir, que el paciente conozca que de una vez se le tiene que asignar la cita.

Como observación adicional don Rolando Barrantes que lo que señala don Mario Devandas es muy importante, en términos de que debe existir un criterio de política definido sobre el tema, porque también conoce casos en donde al paciente se le indica que no le dan fecha y ese aspecto, eventualmente, puede ocultar la realidad, es decir, que el hospital tenga agendas cerradas y esa situación está sucediendo.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que se debería de tener una línea, además de que se investigue la situación, porque en la Gerencia Médica se giran instrucciones y ha observado notas de la Gerencia, donde se indica que las agendas no pueden estar cerradas.

Adicionalmente don Adolfo Gutiérrez que esos pacientes, afectarían todos los porcentajes.

Continúa don Mario Devandas y anota que el otro tema, es que en cirugía a ningún paciente se le puede dar una cita a más de un año de espera, porque se ha indicado que el promedio máximo son

265 días. Lo indica porque ha tenido conocimiento de que a pacientes de Ortopedia, se les ha dado cita para los años 2018 y 2019.

En relación con una pregunta de la doctora Sáenz Madrigal, tendiente a conocer si es un promedio o un máximo, responde el doctor Navarro Correa que es un promedio de todas las especialidades, porque es un indicador de resultados.

Solicita la Dra. Sáenz Madrigal que ese dato se incorpore en las conclusiones.

Indica el doctor Manuel Navarro que ese es el máximo y el mínimo.

Señala el Director Devandas Brenes que por especialidad y, además, que de acuerdo con este informe, ningún hospital podría estar dando citas para el año 2020 y ha tenido información en el sentido de que se están otorgando.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que se concluya por especialidad, por hospital y de esa forma, el informe se puede presentar más fácil y rápido. Se presente el mínimo y el máxima de tiempo para una cirugía, comparado con el promedio de ese procedimiento y ese aspecto permitirá tomar las decisiones. Entonces, que se ordenen las conclusiones y las recomendaciones que no están claramente definidas y se presenten de hoy en ocho días.

El doctor Navarro Correa y la doctora Cascante Gómez se retiran del salón de sesiones.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, en el sentido de que el tema de las listas de espera está muy centralizado.

La doctora Sáenz Madrigal indica que en este momento se está tratando de que el tema de las listas de espera, esté concentrado y controlado en la Unidad Técnica de las Listas de Espera (UTLE) y con supervisión, porque anteriormente el asunto estaba muy centralizado en los hospitales.

Para el Director Fallas Camacho el tema de las listas de espera, debe ser una responsabilidad de cada hospital de tenerlas certificadas, al igual que la autoevaluación de cada hospital.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que don Adolfo Gutiérrez solicitó que un tema, se analizara entre los Miembros de la Junta Directiva.

El Director Gutiérrez Jiménez solicita que esté presente la señora Gerente Médico. Señala que, personalmente, le parece que este es uno de los cuatro temas más importantes, o más bien podría estar dentro de los dos o tres temas más importantes. Le queda claro que los resultados del impacto que se produce y la calificación, como lo indicó don Renato Alvarado, por ejemplo, no se supera el examen y se quedan. La información que se presentó, para él no es precisa, ni confiable. Cada hospital debería de tener la información certificada y no la tienen y cree que cuando se indica que hasta aquí, es hasta aquí. No ha querido inmiscuirse en el tema, aunque lo viene pensando desde hace mucho tiempo, porque esos aspectos son de índoles administrativos, pero como parte del órgano jerárquico, cree que al doctor Navarro hay que quitarlo de ese puesto, porque desde hace tiempo ha observado al Dr. Navarro y cree que es un hombre que tiene un gran

interés, en que se gestione bien, pero el problema lo consumió y no está indicando que hay que quitarlo y no trabaje en un tema relacionado con las listas de espera, porque él ha desarrollado un tema de “expertice”, pero no cree que el doctor Navarro Corea le va dar el golpe timón a esos temas, porque durante los años que tiene de estar formando parte de la Junta Directiva, un día presenta una situación y otro día, la situación es distinta y se invierte más recursos financieros en proyectos. Luego, modifica el proyecto que sugirió y le parece que cuando las calificaciones, las imprecisiones, cuándo no se produce un impacto significativo, el que esté evaluando tienen que darse cuenta que no funciona. Aclara que hace, posiblemente, mal en dar una sugerencia de esa naturaleza, porque es un aspecto que debió haber surgido de la administración. Sin embargo, así como lo indicó en el caso de la Dirección de Tecnologías de Información y se lo señaló a la Arq. Gabriela Murillo; repite, así cree que el doctor Navarro, no es la persona adecuada para dar los golpes de timón que se necesitan y presentar las opciones que se requieren. Coincide con don Rolando Barrantes, precisamente, en todas esas conclusiones que se deben presentar en un solo informe, para documentar que las conclusiones no son lo que esta Junta Directiva pretende, ni el país con la gestión de las listas de espera. Considera que la doctora Villalta ha sido diligente, pero cree que el equipo que tiene para gestionar, no está ayudando y la doctora Villalta no puede gestionar toda la Gerencia sin apoyo. Entonces, como la doctora Villalta no está visualizando que existe una insatisfacción en la Junta Directiva, porque hoy por lo menos a él no le está quedando clara la gestión de las listas de espera, es decir, no de lo que sucedió sino de lo que viene. Le preocupa, por ejemplo, que dará otro dato significativo, por ejemplo, se ha crecido en el gasto de tiempo extraordinario, porque se pasó de un 6% al 13.2% y, en cuanto al gasto de disponibilidades médicas, se pasó de un -1% a un 10.2%. Significa que cuando se conoce esa información, se está incorporando más recursos financieros a los gastos de operación, aunque se tiene el tema de planificación, en el cual coincide, pero el problema es que hay asuntos de corto, mediano y largo plazo por resolver y uno de los aspectos que no determina, es que en el corto plazo se tienen que resolver y es imperioso que se resuelva en este momento. Cree que las personas que están trabajando en este tema, no es que no tengan la capacidad, sino que se desgastaron y han perdido, incluso, esa fortaleza en relación con los funcionarios que tienen que aportar. Como ejemplo, en el tema de la reestructuración, se acordó que no más, que se tenía que asignar una persona que hiciera que el proceso avanzara y en el tema de las listas de espera es lo mismo, ya no más, se necesita una persona que tenga mucho más temple, más fortaleza, incluso, que tenga una visión diferente, sin necesidad que sea el técnico especialista, no indicará quien porque no le corresponde, pero considera que tiene que ser una persona que la administración busque y estime que es la conveniente y que tenga el peso relativo, para hacer este golpe timón. Desea que quede constando en actas que no está de acuerdo de que el Dr. Manuel Navarro, y lo indica con todo respeto, sea la persona adecuada para el golpe de timón y que se logre avanzar en el proceso. Repite, que esta es una situación que ha ido observando en el tiempo y no es de esta Junta Directiva, sino de hace mucho tiempo. Ese es un aspecto que considera debe ser valorado por la administración. Si tuviera la potestad de solicitarle a la administración que considere ese asunto seriamente, lo haría y que busquen la mejor opción. No significa que no reconozca el Dr. Navarro haya hecho su mejor esfuerzo, sino que existen ciclos y el suyo feneció y lo indica con sinceridad.

El Director Fallas Camacho propone que se elimine la UTLE definitivamente, porque considera que se debe buscar el mecanismo y a través de una indicación de la Junta Directiva, para que se responsabilice directamente a las unidades del manejo y el control de esas listas de espera y sea una tarea de la administración o del director o directora de cada hospital. Reitera, que sean las

unidades las que tengan la información y se preocupen por resolver el problema y que la Gerencia Médica, controle el cumplimiento como cualquier otro programa y así se traslada el asunto del Nivel Central. Estima que cada unidad se debe responsabilizar de lo que hace y en el nuevo Modelo se está haciendo esa propuesta que, incluso, el rendimiento de cuentas es a través de los compromisos que adquiere, en el momento de que se aprueba el presupuesto. Entonces, le parece que se debe buscar el mecanismo, para que esas funciones a nivel lucrativo se eliminen y, eventualmente, le parece que se tendría que aprobar una ley.

El Gutiérrez Jiménez señala que cuando mencionó al Dr. Navarro, también revaloraría a los funcionarios que tienen la jerarquía en el tema, es decir, también al personal que está trabajando en el asunto. Repite, que no está pensando que los cambien a todos, lo que cree es que los funcionarios que tienen la responsabilidad del tema cumplieron su ciclo, y le deberían dar el espacio a otros trabajadores, para que gestionen el tema de las listas de espera y se fortalezca el grupo de trabajo, por lo que determina la conveniencia de que se utilice la experiencia de este personal.

La señora Presidenta Ejecutiva comenta que cuando se analizó el tema de listas de espera el martes, se determinó la necesidad de conocer dónde están las fortalezas, las oportunidades de mejora y que se tienen que buscar otras opciones que no han sido las que se han tenido hasta el momento. En ese sentido, se tendría que revisar cuál es el papel que ha desempeñado la UTLE, desde el inicio hasta la fecha. Le parece prudente, porque se les dio a los tres Gerentes que están como responsables un mes, para presentar el tema a la Junta Directiva con la propuesta. Considera que a la luz de esa propuesta, se podría presentar el tema de cómo se debería de organizar, para asignarle al tema el peso que corresponde porque, efectivamente, existen dificultades en el abordaje del asunto y con los aspectos relacionados con las responsabilidades por niveles. De alguna manera el tener centralizado “la responsabilidad” que no corresponde en el Nivel Central, porque le corresponde la conducción, la evaluación y la rendición de cuentas. Entonces, se tiene que presentar un planteamiento distinto y si se va a gestionar diferente, se van a requerir perfiles distintos y conformación de los equipos o del equipo en forma diferente. Al equipo se le concedió un mes para que puedan retomar la preocupación que se determinó en el tema de listas de espera, porque ha sido una preocupación de esta Junta Directiva y de otras. Sin embargo, este Órgano Colegiado ha tomado decisiones y ha asignado recursos, ha estado monitoreando y no está indicando que las otras administraciones no lo han hecho, porque no estuvo pero de seguro que lo hicieron también. Hace hincapié en que hay una preocupación sobre el tema y le parece que una opción es que se presenten nuevas propuestas y que se recomiende cómo podría ser esa organización y se pueda tomar una decisión más integral del tema y tener una mayor certeza del impacto que se podría producir.

Entiende el Director Loría Chaves la preocupación del Director Gutiérrez y considera que esas instancias deberían ser efectivas. Le parece que ese aspecto se debió determinar a la luz de esa nueva propuesta, que se debería presentar en un mes, porque algunos de los Directores han estado insistiendo en que el abordaje de listas de espera, aunque existan todos los estudios que se han hecho no es suficiente. Estima que lo que se está demostrando es que además de lo que se está haciendo, hay que gestionar adicionalmente, para que se acompañe un proceso que sea efectivo para la solución de muchos pacientes, que por otras vías podrían tener solución.

El Director Barrantes Muñoz retoma lo que plantea don Adolfo, en el sentido de que el tema clave que no es la primera vez que se plantea, porque cuando el año pasado se presentó el tema, relacionado con las listas de espera de una manera un tanto informal. En aquel momento se planteó la necesidad de considerar la pertinencia de que la Unidad de Listas de Espera, continúe existiendo como hasta este momento, porque se indicó que a lo mejor lo que ha venido es a sustituir la responsabilidad que cada unidad tiene en el manejo de las listas de espera. Entonces, más allá del tema de que un funcionario se pueda agotar en un puesto, piensa que aquí el asunto es que lo que se ha agotado es el esquema y en ese sentido, se debe ser muy preciso en cuanto a la orientación como encomienda a la Gerencia. En esos términos, le parece que se necesita un nuevo esquema que asigne las responsabilidades, a quien corresponda y el Nivel Central lo que tiene que hacer es monitorear, controlar la estadística y la supervisión, pero la tarea clara de que corresponde en términos de listas de espera, en el sentido de mejorar la productividad y de lograr cumplir las metas planteadas en cada unidad y por cada director médico y ese aspecto, debe quedar claramente establecido de tal manera que no se sustituya por una instancia centralizada, porque lo que hace es casi que institucionalizar el problema y cree que ese es el gran tema. Le produciría satisfacción que a la par de las recomendaciones que se definan desde la Gerencia, también se incluyan las propuestas.

Con la intervención del Dr. Fallas Camacho y el licenciado Barrantes Muñoz, el Auditor indica que le parece que se están inclinando, porque se realice una revisión de la Unidad Técnica de las Listas de Espera y su solicitud es que para tal efecto, se considere el Informe de Auditoría 238-10, donde se evaluó el funcionamiento de la UTLE. Con el fin de que quede constando en actas, procede a dar lectura a primera recomendación, la cual le parece que sintetiza lo que los señores Directores están manifestando y la señora Presidenta Ejecutiva también y lee: *“En virtud de los resultados obtenidos en este informe respecto a las debilidades detectadas en la organización, planificación, estrategias, mecanismos de control y sistemas de información implementados para la gestión de listas de espera a través de la UTLE, lo cual ha ocasionado que el impacto en la reducción de los plazos de atención médica no ha sido el esperado, es necesario que la Gerencia por medio de los mecanismos que sean pertinentes, considere dentro de la estrategia que se está desarrollando para atender esta problemática, la incorporación de los siguientes aspectos: a) si debe existir una Unidad Ejecutora como la UTLE dedicada, exclusivamente, al estudio, desarrollo e implementación de estrategias para atender la problemática nacional de listas de espera. b) definir las acciones a ejecutar en relación con el Reglamento de Funcionamiento de la UTLE, en virtud que la versión fue aprobada en el 2001 y se ha indicado desde el año 2007 que el mismo está desactualizado. Por lo cual es necesario establecer si este es derogado en su totalidad o modificado a partir de la estrategia que se considere adecuada. c) establecimiento del nivel de responsabilidad de las autoridades de los centros de salud en cuanto a la gestión de listas de espera y a la implementación de alternativas innovadoras para su disminución con los recursos asignados. d) involucrar en forma directa a los Directores Regionales de Servicios de Salud, a efecto que en su función de Gerentes Regionales emitan y ejecuten planteamientos y estrategias para que realicen acciones que aborden en forma por región, por red la solución de los problemas de listas de espera. e) establecer lineamientos en gestión de listas de espera dirigidos a ejecutar las acciones de los órganos inferiores a los superiores de la Institución, estableciendo que previa a definirse una solución por parte del nivel gerencial se deba garantizar lo siguiente: 1. Que los Directores de los centros de salud, hayan implementado por un tiempo razonable planes de acción donde se demuestre que el nivel local, ha gestionado estrategias concretos para incluir los tiempos de espera en las especialidades médicas críticas,*

esos planes deben considerarse por varios indicadores anuales operativos de los centros de trabajo.....” Indica que no va a continuar pero si da la idea y le parece que es la orientación que los señores Directores y la Presidencia Ejecutiva están manifestando.

Señala don Adolfo que, cuando se hace referencia de las jerarquías y si quiere ser más sincero, considera que la UTLE ya cumplió. Lo que no puede indicar como Director es si hay que suprimir esa Unidad, porque no tiene esa evaluación y no se atrevería a indicarlo, pero sí puede señalar que algún personal que está ubicado en esa Unidad, no le produce tranquilidad de que sean los encargados para llevar a cabo esa gestión. Posiblemente, lo que hay que hacer es remozar a la UTLE, reformarla y darle la obligación, pero eso no corresponde a él decidirlo, pero tiene claro que esa Unidad está desgastada y no está funcionando, por lo que estima que se le debe dar un golpe timón como lo indicó. Considera que el tema se tendría que retomar, hacer una síntesis y valorar, revisar y se presente un nuevo modelo que funcione y de una vez; además, se presenten las acciones, las propuestas y las nuevas opciones y quien las va a ejecutar, tomando en cuenta los comentarios del Dr. Fallas, así como lo indicado por don Renato y la señora Presidenta Ejecutiva, además de los otros señores Directores. En especial dimensionando que es una nueva forma de hacerlo, porque si se continúa el proceso con las mismas personas e igual estructura está probado que no funciona; han mejorado porque se ha insistido, dado que la Gerencia Médica ha estado pendiente del tema y porque esta Junta Directiva, ha querido darle un énfasis, pero le parece que con las herramientas que se está trabajando el tema, no son las adecuadas. Por lo que cree que quien tome el mando de la UTLE, debe ser algún jerarca de la UTLE o que no esté formando parte de esa Unidad y no lo indicará, porque no le corresponde, pero sí que debe ser un funcionario con una nueva visión y una opción distinta, en conceptos diferentes y, principalmente, que tenga un peso relativo y significativo. Por lo que coincide en el aspecto de que no es solo revisar las jerarquías, sino hay que revisar el mecanismo, la instancia y empezar de nuevo con el proceso. Estima que es una situación que no puede tardar, porque la Gerencia Médica tiene un mes para presentar el informe y le parece que se debe cumplir, dado que desde su punto de vista en el tema de las listas de espera, va a ser un antes y un después. Le indica a don Rolando que en ese documento esperarí que se incluyan una serie de conclusiones y observar los costos de todo el proyecto, porque no solo es la parte operativa sino el monto de cada una de las actividades por desarrollar. Hace un momento, presentó unos datos y los quiere desagregados, de tal manera que se pueda determinar si el pago de disponibilidades, tiempo extraordinario y remuneraciones, en términos generales se ha disparado solo por la implementación de los proyectos o por otras razones y contener el gasto.

El doctor Fallas Camacho anota que don Adolfo está planteando un tema y le preocupa en los términos que está quedando. Indica que don José Luis lo mencionó muy fácilmente; no se conoce si va a ser de más bajo costo, modificar el modelo porque está siendo de un costo muy elevado, dado que se está realizando menos trabajo del que está llegando. Entonces, algún aspecto está faltando, por ejemplo, puede ser eficiencia o eficacia, no conoce cuál de los dos aspectos, pero está convencido de que seguro faltan otros recursos, que se van a tener que emplearlos, porque la presión de la demanda es muy fuerte. Seguro que se puede aprovechar más lo que se está haciendo y está consciente de esa situación, pero no tendría la certeza de que otro modelo sería de menor costo, en ese sentido, se tendría que tener cautela y hay que demostrarlo y plantearlo, en términos de lo que se pueda atender.

La doctora Rocío Sáenz indica que se hará un receso y se continuará con la sesión a la 1:30 p.m.; además, solicita a la Gerencia Médica que redacte los acuerdos, según corresponda y se presenten después del receso.

Por su parte, a don Mario Devandas le parece que ese acuerdo que se modifica es desde el principio.

Recuerda la doctora Sáenz Madrigal que la Gerencia Médica presentará dentro de ocho días, lo correspondiente a las conclusiones y las recomendaciones del informe.

El Director Devandas Brenes indica que el acuerdo que leyó existe, en términos de “instruir a la Dirección de Planificación para que en un plazo de tres meses se presente una propuesta para el abordaje integral de las listas de espera que apunte a la mejora ...”.

La señora Presidenta Ejecutiva propone que, en ese caso, se considere para ser incluido en la presentación que se realizará en un mes.

Se toma nota, finalmente, de que para la próxima sesión la Gerencia Médica, con base en lo deliberado, presentará lo correspondiente a las conclusiones y las recomendaciones del informe en consideración.

El doctor Navarro Correa y la doctora Cascante Gómez se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Soto Hernández.

Ingresan al salón de sesiones la doctora Dominicque Guillén Femenías, Asistente de la Dirección del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), y la doctora Sonia Núñez Núñez, Radióloga del Servicio de Radiología del Hospital México.

ARTICULO 27°

Se tienen a la vista los oficios que se detallan:

- 1) N° GM-SJD-7433-2016, de fecha 12 de febrero del año 2016: propuesta de beneficios para estudio a favor del Dr. Byron Eduardo Rodríguez Muñoz, Médico Asistente Especialista del Servicio de Radiología del Hospital México, para realizar Curso de Alta Especialidad “Imagenología del Sistema Músculo Esquelético”, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, México, del 01 de marzo del año 2016 al 28 de febrero del año 2017.
- 2) N° GM-SJD-7434-2016, del 12 de febrero del año 2016: propuesta de beneficios para estudio a favor del Dr. Orlando Daly Mullins, Médico Asistente Especialista del Servicio de Ortopedia del Hospital México, para realizar Subespecialidad en Alta Especialidad en Cirugía Articular y Medicina del Deporte, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, México, del 1° de marzo del año 2016 al 28 de febrero del año 2017.

La exposición está a cargo de la doctora Guillén Femenías, con base en la siguiente lámina:

- a) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y
Seguridad Social (CENDEISSS)

Propuesta de beneficios para estudio para:

1. **Dr. Byron Eduardo Rodríguez Muñoz, Médico Asistente Especialista del Servicio de Radiología del Hospital México.**
2. **Dr. Orlando Daly Mullins, Médico Asistente Especialista en Ortopedia del Hospital México.**

b)

Funcionario	Beneficios Esperados	Beneficio Económico	Propuesta de Acuerdo
Dr. Byron Eduardo Rodríguez Muñoz, Médico Asistente Especialista del Servicio de Radiología del Hospital México, para realizar Curso de Alta Especialidad “Imagenología del Sistema Musculo Esquelético” en el Instituto Nacional de Rehabilitación, México del 01 de marzo 2016 al 28 de febrero del año 2017.	Fortalecer el recurso humano, con el fin de ayudar en la resolución de las múltiples interconsultas, las cuales están quedando desatendidas, en su mayoría por el nivel de complejidad de las mismas, que se escapa de lo competente a un radiólogo general. Los pacientes que presentan patología articular de rodilla, cadera y hombro, obtendrán mejores resultados funcionales, menores tiempos quirúrgicos, menores tiempos de incapacidad y menores tiempos de hospitalización de los pacientes, lo cual se vería reflejado inmediatamente en la disminución de las listas de espera del Hospital en esta área	- Permiso con goce de salario del 29 de febrero de 2016 al 01 de marzo de 2017. - Estipendio mensual por un monto de \$1.000.00 USD durante el período de estudio, para un total de \$12.000.00 USD. - Pago tiquetes aéreos por un monto total de \$420.03 (tiquete \$362.03 más \$29.00 USD impuesto de salida de C.R. , más \$29.00 USD impuesto de salida de México). - Pago de seguro médico por un monto de \$400.00 USD anuales. - El pago del curso del curso por un monto de \$1.000.00 USD. COMPROMISO CONTRACTUAL: 9 años - Permiso con goce de salario del 29 de febrero de 2016 al 01 de marzo de 2017. - Estipendio mensual por un monto de \$1.000.00 USD durante el período de estudio, para un total de	Con base en el oficio GM-SJD-7433-2016, se acuerda recomendar los siguientes beneficio para estudio: - Permiso con goce de salario del 29 de febrero de 2016 al 01 de marzo de 2017, por un monto de ¢24.771.235.98 - Estipendio mensual por un monto de \$1.000.00 USD durante el período de estudio, para un total de \$12.000,00 USD equivalente a ¢6.537.960,00. - Pago tiquetes aéreos por un monto total de \$420.03 equivalente a ¢228.844,94. - Pago de seguro médico por un monto de \$400.00 USD anuales, para un total de ¢217.932,00 anual. -El pago del curso del curso por un monto de \$1.000.00 USD, equivalente a ¢544.830,00. MONTO TOTAL: ¢32.300.802,92 Con base en el oficio

<p>en México del 01 de marzo 2016 al 28 de febrero del año 2017</p>	<p>de atención.</p>	<p>\$12.000.00 USD. - Pago tiquetes aéreos por un monto total de \$420.03 (tiquete \$362.03 más \$29.00 USD impuesto de salida de C.R. , más\$29.00 USD impuesto de salida de México. - Pago de seguro médico por un monto de \$400.00 USD anuales. COMPROMISO CONTRACTUAL: 9 años</p>	<p>GM-SJD-7434-2016, se acuerda recomendar los siguientes beneficio para estudio: - Permiso con goce de salario del 29 de febrero de 2016 al 01 de marzo de 2017, por un monto de ¢32.621.651,96 - Estipendio mensual por un monto de \$1.000.00 USD durante el período de estudio, para un total de \$12.000,00 USD equivalente a ¢6.537.960,00. - Pago tiquetes aéreos por un monto total de \$420.03 equivalente a ¢228.844,94. - Pago de seguro médico por un monto de \$400.00 USD, para un total de ¢217.932,00 anuales. MONTO TOTAL: ¢39.606.388,90</p>
---	---------------------	--	---

c) Datos importantes:

Todo lo anterior, según priorización de áreas dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 22° de la sesión N° 8707.

El permiso con goce de salario lo asume la unidad de trabajo del solicitante.

Queda entendido que no se realizará la sustitución del beneficiario por el tiempo de estudio.

El cargo de los pagos se hará a la Partida Presupuestaria 2631 Becas.

La doctora Dominicque Guillén se refiere a la propuesta de beneficios para estudio para el Dr. Byron Eduardo Rodríguez Muñoz, Médico Asistente Especialista del Servicio de Radiología y el Dr. Orlando Daly Mullins, Médico Asistente Especialista en Ortopedia, los dos funcionarios son del Hospital México. Además, los casos son muy similares, ambos van para el Instituto de Rehabilitación en México, tienen el mismo período de formación en esa Ciudad y existe una similitud entre ambas becas, dado que es como si fuera un componente de dos especialidades. El Dr. Byron Rodríguez es Médico Asistente Especialista del Servicio de Radiología del Hospital México, es especialista en Imágenes y pretende hacer una subespecialidad en Muscoloesquelético, en el Instituto de Rehabilitación de México del 01 de marzo de 2016 al 28

de febrero del 2017. Los beneficios de esa formación para un especialista, se relacionan con que es una de las especialidades que más ha evolucionado, en cuanto a tecnología y a imágenes médicas. Actualmente, los hospitales cada vez más tienen nuevos equipos y se requieren nuevas subespecialidades. Con esa formación se podrán tener mejores métodos diagnósticos, sobre todo en la parte musculoesquelética y articular, inclusive, se podrían utilizar como métodos de tratamiento. Lo que redundaría en una mejor atención al usuario y que se logren realizar diagnósticos más asertivos con prontitud. Los beneficios que solicita el doctor Rodríguez y a través de la Comisión se recomiendan, el permiso con goce de salario del 29 de febrero del año 2016 al 01 de marzo del 2017, por un monto de hasta mil dólares mensuales, por el período de estudio de los dos años que serían un total de doce mil dólares; además, del pago de tiquete aéreo, por un total de cuatrocientos veinte dólares punto cero tres, incluyendo los impuestos de salida, el pago de seguros médicos de cuatrocientos dólares montos anuales y el pago del curso por un monto de mil dólares. El compromiso que adquiriría el doctor Rodríguez es por nueve años. La Comisión recomienda que se le conceda el permiso con goce de salario, por el período indicado en ese momento, por un monto total de veinticuatro millones setecientos setenta y un mil dólares, un estipendio por mil dólares durante el período de estudio que equivale en colones, a un monto de seis millones quinientos treinta y siete mil novecientos sesenta. El pago del tiquete aéreo que equivaldría en colones a doscientos veintiocho mil ochocientos cuarenta y cuatro punto noventa y cuatro, pago del seguro médico por un monto de cuatrocientos dólares anuales, lo que equivaldría a doscientos doce mil novecientos treinta y siete punto cero y el pago del curso de mil dólares que equivale a quinientos cuarenta y cuatro mil ochocientos treinta colones, el monto total sería hasta de treinta y dos millones trescientos mil ochocientos dos punto noventa y dos.

El Director Gutiérrez Jiménez pregunta si el plazo es de nueve años y cuánto es el monto, en caso de que se resuelva el compromiso del Dr. Rodríguez.

La doctora Guillén Femenías indica que de acuerdo con el Reglamento, los especialistas deben pagar el monto equivalente a lo que se invirtió en el estudio.

El licenciado Gutiérrez Jiménez comenta que ese aspecto contrapone el acuerdo que existe, porque se había indicado que los contratos tenían que reflejar, no solo el costo de los cursos sino el costo de oportunidad y el costo del funcionario que lo va a sustituir.

Al respecto, la doctora Dominicque Guillén recuerda que esos especialistas, se van a formar pero no son sustituidos en el puesto.

Señala con Adolfo Gutiérrez que aun así, se debe considerar el costo de oportunidad, lo que le queda claro es que no es uno a uno. Se traslada por un tiempo a otro país con un monto de tres mil dólares y regresa. Le preocupa que cuando esté en la Institución pague los tres mil dólares del costo de oportunidades y no es lo que costó el tiempo que estuvo, porque “son intangibles” que no tienen sentido que se cobren.

La Directora Alfaro Murillo refiere que el concepto económico, para tenerlo más claro, es en términos de que la Institución invierte en un trabajador y al final no cumple con el tiempo, por ejemplo, no es solamente lo que se invirtió en ese funcionario, porque existe una expectativa de recibir un beneficio, ese aspecto es más que el costo de oportunidad, si se observa en términos muy financieros, es el valor futuro de las rentas que no se van a percibir. La renta es el trabajo

que el especialista tiene en el tema de la oportunidad y se le suma otro método, el cual sería un método para calcular lo que sería el costo de reposición, son dos aspectos distintos, uno es la renta que no recibió la Institución, o el beneficio que no se recibió al lograr que esa persona se incorporara y la forma de valorar esa renta, porque tiene que tener un criterio objetivo para valorarla, dado que es a través del costo de volver a enviar otro funcionario para que se capacite, en plazos lo que se pierde, si hay en términos económicos y la forma de valorar esos intangibles, hay métodos específicos y, evidentemente, el monto sería bastante elevado y ese aspecto se había planteado a nivel de la Junta Directiva. El espíritu era que fuera un monto tal que las personas no vuelvan e indiquen que dejan la Institución, porque al final lo que tiene que cancelar, son alrededor de cinco o seis millones de colones. Como ilustración, un especialista de esa naturaleza, regresa al país y en un mes gana el monto que tiene que compensar; entonces, es muy sencillo y en ese sentido, le parece que tiene que haber una evaluación objetiva del asunto.

La Directora Soto Hernández indica que su análisis va en otro sentido, con el asunto de listas de espera en los hospitales, principalmente, en los Hospitales México y el San Juan de Dios, cuando un funcionario médico quiere salir del país, para formarse en una especialización por un poco más de un año, le preocupa su sustitución. Se conoce que no se nombrará un sustituto, pero el recargo del trabajo, se conoció en una oportunidad con la doctora Cecilia Bolaños, entonces, enfatizó en la sesión de la Junta Directiva que el Servicio no iba a quedar desprovisto y cómo se puede conocer que la situación se cumple, porque observa al doctor Sevilla que está de acuerdo, así como el Dr. Douglas Montero, pero le preocupa el vacío que le deja el especialista a los pacientes, cuando se traslada a otro país cuando. Entonces, le produciría satisfacción conocer cómo se va a manejar la situación, quién se va a hacer cargo de los pacientes del Dr. Rodríguez y quién revisará si se cumple.

Al respecto, interviene la doctora Sonia Núñez y responde que en este momento, esa es una preocupación significativa, pero en el aspecto de la calidad en el servicio y la complejidad de los hospitales clase A, están en la obligación de brindar al usuario la última palabra, es decir, la opinión más especializada. Entonces, la complejidad en este momento de los sistemas de diagnóstico, no permiten que un radiólogo de un hospital clase A, continúe siendo un radiólogo general, tiene que refrescar sus conocimientos, para poder cumplir con la demanda del momento y formar una parte efectiva de lo que son los equipos de trabajo, que es a lo que en este momento se orienta, un equipo para musculoesquelético en este caso, un equipo para enfermedades mamarias, entre otras. En esos términos, priva un aspecto muy importante que es la calidad también en el servicio. Ese aspecto se ha analizado como grupo y están convencidos de que así debe ser, además, que se tiene que aportar lo necesario, para que los compañeros sobre todo más jóvenes, se puedan ir formando y alcanzando el grado de experiencia que se necesita, para manejar cada día patologías más complejas.

El Director Fallas Camacho pregunta si existe una disposición de los otros médicos, en el sentido de asumir las responsabilidades del Dr. Rodríguez, porque “deja pendientes”, en su ausencia o del resto del equipo.

La doctora Núñez indica que sí, este aspecto de las necesidades de subespecializarse, se analiza en el área de musculo. En este caso, se está presentando esta oportunidad en Neuroradiología, por ejemplo, que también es muy importante, porque la especialidad se está requiriendo; dado

que funcionan como un equipo, tienen que asumir lo que tal vez queda como carencia y tratar de subsanarlo en la medida de lo posible.

El doctor Fallas Camacho le indica a la doctora Núñez que no es para que la preocupación que se está manifestando, se determine como una mala impresión, porque es un tema de todos los días en la Junta Directiva, las listas de espera y ese asunto, es real y es una necesidad, porque se requiere que los funcionarios se superen cada día más. Piensa que se deberían de tener las acciones de prevención, para que no se produzcan daños o trastornos en el proceso que se viene dando, porque de alguna manera se tienen listas de espera en ultrasonidos y solo los radiólogos pueden los pueden interpretar, entonces, esa situación les produce preocupación.

La doctora Sonia Núñez se refiere a este caso en concreto, el Dr. Quirós que es el Jefe del Servicio, ha estado planteando, por ejemplo, la realización de horas extras, por parte de médicos que hasta el momento no lo venían haciendo y que han estado de acuerdo en el tema, es decir, en ampliar un poco más sus horarios para tratar de corregir el asunto.

Sobre el particular, el Director Gutiérrez Jiménez indica que se no se siente satisfecho con la respuesta a la pregunta que hizo, lo que consulta es que se está en un problema de las listas de espera. Le parece que se debe enviar a formar a un funcionario que está de acuerdo en hacerlo, porque se deben profesionalizar en nuevas técnicas e innovar, así como en nuevas visiones de futuro, entre otros aspectos y está totalmente de acuerdo. Entonces, en la mañana se está presentando un tema hoy, mañana, anteayer, pasado mañana y se va a continuar presentando, es el problema de las listas de espera. En esos términos, si un especialista se envía a formar, el equipo que queda en el Hospital, tiene que garantizar, no en la medida de lo posible, no es que tratarán, sino en garantizar que a la salida de ese funcionario, existe un plan interno para poder atender y garantizar la continuidad del servicio y que se va a continuar prestando de igual manera los servicios a los pacientes del Dr. Rodríguez, porque de lo contrario, lo que hay que indicar es un momento, se tienen que esperar porque el equipo no está preparado, para realizar la consulta y la atención del Dr. Rodríguez. Significa, rechazar la posibilidad de formación del Dr. Rodríguez y a lo mejor se tiene que esperar. En ese sentido, desde su punto de vista, se tiene que tener garantía de lo que hace esa persona y si la va a tener el resto de los médicos del servicio. Si la respuesta es no, entonces se tienen que esperar hasta que haya un plan para solucionar el asunto y si la respuesta es sí, queda satisfecho y en esos términos, lo que habrá que hacer es establecer los controles posteriores, para que esa lista de espera, por el traslado a otro país del Dr. Rodríguez no se continúe elevando.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que en este caso, es la unidad responsable la que tendría que dar esa respuesta.

La doctora Núñez indica que sus agendas están llenas de aquí al fin de año, porque se implementa anualmente. Ninguna de esas citas se va a eliminar de la programación, se va a seguir atendiendo la consulta del Dr. Rodríguez que está otorgada y, todas las emergencias que se generan en los hospitales.

Respecto de una inquietud del licenciado Gutiérrez Jiménez, tendiente a conocer si existe un plan específico de cómo abordar la salida del Dr. Rodríguez, indica la doctora Núñez que en ese aspecto, la Jefatura del Servicio lo ha comentado en reuniones de grupo, sobre la necesidad de

apoyo que se debe brindar, para que los funcionarios que tienen esas oportunidades y tienen afinidad por un área específica, las gestionan y se vayan innovando en los conocimientos, de tal manera que se eleve la calidad de los servicios, se ajusten a los tiempos modernos y a las tendencias que la medicina va perfilando en este momento.

El Director Alvarado Rivera adelanta que votará positivo. Sin embargo, cree que se continúa con un problema de selección y de procedimiento para el otorgamiento de las becas. Le parece que son becas significativas, pero que deberían ser mucho más abiertas, así como el procedimiento de selección. Estima que los procedimientos son muy cerrados, en el momento de tomar la decisión y doña Marielos Alfaro lo apuntó y no lo va a repetir, el tema de cómo es que se respalda la Institución para que el Especialista no se vaya de la Caja. Le preocupa, porque se está invirtiendo un elevado monto y no es que sea inconveniente invertir en formación, pero es muy simple, en el presupuesto del año 2016, se va a tener un incremento en el presupuesto para becas de un 286% y si el plan de capacitación no está bien estructurado, con un plan de especialización de los médicos, el cual tendría que estar dirigido en un plan organizado, en términos de las necesidades de la Institución por volúmenes de necesidades. Por ejemplo, se podría querer especializar a un médico, en especialidades muy innovadoras, pero que a lo mejor la cantidad de pacientes que se requieren en el servicio, no compensa ese esfuerzo, esa inversión y se lograría un mejor valor agregado, si los esfuerzos se dirigen hacia la formación de otras especialidades. Entonces, sigue sin observar esos planes con suficiente claridad y está el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), porque se podrían estar haciendo todos esos procesos y definir cuáles son las especialidades prioritarias, en las cuales tienen que invertir esa cantidad de recursos que se tienen. Indica que estaría de acuerdo en hacerlo, pero con un plan bien estructurado de inversión, en ese sentido, el tema no le produce satisfacción y esas serían algunas de las preocupaciones que tiene, en el momento de continuar aprobando las becas y lo había indicado y lo advirtió, que era la última beca que votaba, si no se tenía esa información. Recuerda que ese aspecto lo indicó en la aprobación de unas becas anteriores y, entonces, a partir de este momento, si la solicitud de la beca no se presenta con una esa estructuración de necesidades de la especialidad en concreto, votará negativo, porque considera que se necesitan invertir recursos y está bien que se especialice a los funcionarios, pero en aquellas becas que, prioritariamente, la Junta Directiva acuerde. Le preocupa que sean becas autogestionarias, aunque tienen muy buena voluntad y podrían servir de mucho, pero que tal vez en este momento no son indispensable y, estrictamente, necesarias porque existen otras necesidades en las cuales se deberían invertir esos recursos, que como lo indica son muchas y, en términos financieros se hace un gran esfuerzo.

La doctora Guillén Femenías indica que con el respeto de todos los Miembros de la Junta Directiva, que las becas que se están planteando, a nivel del Hospital México se les valoraron varias características, por ejemplo, el interés, la oportunidad, la edad, la habilidad y las destrezas y competencias que tenía ese especialista y la disponibilidad para cumplir con el compromiso. Cuando se analizó el plan de necesidades del Hospital México, efectivamente, dentro de ese plan estaba incluida esa especialidad y si se compara con el plan de necesidades de otros centros, efectivamente, otros centros han enviado a especializarse en la parte músculo esquelético y rodilla, específicamente, articular porque las articulaciones son el sostén normalmente del cuerpo. Por otra parte, en la medida que se deterioran las articulaciones, es necesaria una intervención y se conoce que el cuerpo empieza a envejecer a partir de los 20 años. En esos términos, una de las prioridades que se tienen son las principales patologías a nivel de ortopedia, es la articulación

y manejar una articulación o diagnosticar una patología articular es difícil, ese diagnóstico muchas veces no lo hace un ortopedista general, ni se logra visualizar el problema de la articulación, sino con la ayuda en equipo. En la segunda beca, un ortopedista en el mismo Centro, se formará en el tema del soporte, porque entre los dos especialistas van a trabajar, en lo que es la parte de la articulación, rodilla, cadera y hombro, porque son los problemas de salud que se tienen con mayor frecuencia en el país. Entonces, al analizar el perfil epidemiológico del país, una de las principales patologías, es este tipo de fractura, así que le parece que desde el punto de vista científico, existe la suficiente evidencia para poder enviar a formar esos dos especialistas. Cree que la selección estuvo bien hecha y difiere de la Junta Directiva en que fue en forma no adecuada. En cuanto a la lista de espera, desde su punto de vista técnico, considera que uno de los componentes, puede ser que un especialista se vaya, pero cree que habría que hacer un análisis real sobre el uso adecuado de las Salas de Operaciones y el los recursos de la Caja, para poder darle sostenibilidad a un estudio de esta naturaleza e indicar que es por la falta de un especialista, que las listas de espera se elevan. Como ejemplo, en una Sala de Operaciones de ocho horas, funcionalmente solo se trabajan cuatro horas.

El Director Gutiérrez Jiménez comenta que tiene más de 8 años de estarle solicitando al CENDEISS, que presenten la lista de necesidades en función de la oferta. Le parece que es un aspecto sencillo de cumplir, por ejemplo, es como indicar que aquí hay un pediatra y también está definida la necesidad, entonces, se hace un check y ese pediatra no se necesita. Si esos dos están en esa lista, entonces, es un tema de forma, porque doña Marielos Alfaro ha pedido ese plan de necesidades, don Renato también y recuerda que en la administración pasada, el Ing. José Salas, en su momento y algunos otros Directores, habían solicitado esa lista de necesidades. Como ilustración, cuáles son las necesidades en recurso humano que se requiere en la Institución y una vez que se indica que existe un funcionario que necesita una especialización, a modo de ejemplo, se necesita un radiólogo especializado y es el número cinco de la lista, solo es compararlo con la lista de necesidades y la discusión estaría saldada.

La doctora Núñez indica que hay dos razones importantes, por las cuales la patología músculo esquelética ha tomado mucho protagonismo. Una es como lo indicaba la doctora Guillén Femenías que parte del envejecimiento poblacional, en que las patologías óseas y articulares comienzan a ser más prevalentes y otra, es el trauma que a la población que está económicamente activa, la afecta en mayor medida y que hace que las personas que sufren esos problemas, necesiten atención especializada y un componente muy importante del proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, son que el paciente tenga los exámenes adecuados para fundamentar en ellos los tratamientos.

En cuanto a una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez, tendiente a conocer si esa especialidad está incluida en el plan de necesidades, responde la Dra. Guillén que sí, está en la lista de necesidades.

Consulta el licenciado Gutiérrez Jiménez que dónde está la lista.

La doctora Dominique Guillén responde que no trae el diagnóstico, pero el CENDEISS ha venido trabajando en el Plan Nacional de Necesidades, en el cual está consolidado todos los hospitales y áreas de salud. Entonces, cuando se aprueba una beca, lo primero que se busca es el diagnóstico que se tiene de ese Centro y de lo que ha venido saliendo con mayor frecuencia, se le

pregunta a la Unidad de Planificación y en la última filmina, indican que el permiso con goce de salario lo asume la unidad de trabajo del solicitante y queda entendido que no se realizará sustitución del funcionario e, inclusive, en el Consejo de Becas donde se solicita el permiso, se tiene que tener la certificación y la justificación del jefe, en términos de que no se va a sustituir y que la solicitud de beca, tenga incluido el diagnóstico. Sin embargo, como tienen todos los diagnósticos consolidados, se busca la evidencia que quede.

El licenciado Gutiérrez Jiménez pregunta, si en este momento, hay un documento de respaldo para esta Junta Directiva, en el que se indique que este beneficio en particular, es parte del diagnóstico, porque si existe le producirá satisfacción. Hace hincapié en que no tiene duda de que el especialista se necesita y podría indicar que está de acuerdo. El tema es si responde a una situación muchísimo más programada, o es el esfuerzo de un médico que quiere superarse y convence a sus jefes que, además, tiene una proyección futura muy importante y es un esfuerzo individual y no programado por la Institución, esa es la diferencia.

El Director Alvarado Rivera indica que está conociendo que en la justificación existen cuatro renglones y líneas e indica que el CENDEISSS lo acepta y, además, es por interés personal. Entonces, a ese aspecto se refiere, no hay un concurso o un proceso, en el que se indique que se promovió un concurso abierto sino que, además, el CENDEISSS lo acepta, porque el Especialista gestiona la beca y lo acepta. Entonces, el tema se maneja, como ejemplo, herméticamente, y deja a la Junta Directiva, sin un razonamiento para discernir y tomar una decisión.

La doctora Sáenz Madrigal indica que le gustaría hacer un resumen, porque cree que la doctora Guillén lo planteó y es importante mencionarlo. Efectivamente, cada establecimiento de la Institución define una lista de necesidades de especialistas o subespecialistas. Ese consolidado o ese diagnóstico es enviado al CENDEISSS y se hace el consolidado. La primera especialización pasa, por todo el tema relacionado para ingresar al concurso, la Universidad de Costa Rica (UCR) aplica exámenes, se cumple con la cuota, pero cuando corresponde al nivel de la subespecialidad, siempre hay establecida una cuota muy personal, porque no son todos los especialistas los que quieren hacer subespecialidades por diversas razones. Como ilustración, no les satisface el tema, porque tienen razones de tipo personal, dado que tienen la familia, entonces, lo que siempre se ha planteado es que los especialistas conocen que su especialidad o subespecialidad, es una necesidad en el hospital y empiezan a gestionar el ingreso a las universidades y a los centros académicos. En este caso, es el Instituto Nacional de Rehabilitación en México y se trata de dos subespecialidades, una de cirugía articular que como se indicó, es uno de los principales problemas que se relacionan con la especialidad de Ortopedia y el otro, es Radiología, también con un tema más en el tema articular. Decir que como costarricenses o como sistema de salud, se tenga una gran lista en esas dos especialidades, no porque es donde se tiene mayor dificultad, tanto en ortopedistas como en radiólogos y cree que se tiene que asumir, que no se tiene la cantidad suficiente de radiólogos generales, pero tampoco se tiene la suficiente cantidad de subespecialidades. En esos términos, es como se ha venido asumiendo el tema, en el sentido de que se tienen tantos ortopedistas y no se tienen tantos radiólogos, igual que en el caso de los anesthesiólogos. Existe un Reglamento de becas y le gustaría mencionarlo, que es el que está vigente y sobre ese instrumento, es que esos funcionarios iniciaron el proceso, para ser aceptados en los establecimientos y solicitar el permiso a nivel de la Junta Directiva. Le parece que las consultas y las preguntas de los distintos Directores, son totalmente válidas y legítimas

porque hoy se ha estado analizando, el tema relacionado con las listas de espera y cuando se acercó a la doctora Guillén y le preguntó que si se habían tomado todas las previsiones, para que no se afecte la atención de los pacientes, le indicó que sí; entonces, es cuando indicó que el Hospital asume un compromiso y es el Jefe del Servicio. Hace este resumen de que se está al final de un proceso, esta beca es para empezar el 01 de marzo del año 2016, es decir, en dos semanas, es por un año, el mayor costo es el del permiso con goce de salario, porque lo otro es el valor de la beca y el tiquete. Quiere que compartan como Junta Directiva la preocupación de las limitaciones de la cantidad de especialistas que se tiene a nivel nacional.

Por su parte, la Ing. Alfaro Murillo señala que sobre otros de los temas que se han mencionado en diversas oportunidades, se está indicando que faltan 15 días para que se inicie la formación, pero faltan cinco días para el 01 de marzo de este año. Es decir, se aprueba hoy la beca y es un aspecto que se ha analizado en otras oportunidades, así como el lunes de esta semana se indicó que estaban incómodos de que se los asuntos se presenten en la Junta Directiva y son para mañana, entonces, el tema de las becas está complicado por el plazo.

El Director Gutiérrez Jiménez le comenta al Auditor que al observar el gasto y los disparadores relacionados, se determina que creció en un 267%.

Aclara el Lic. Hernández Castañeda que creció en un 286%.

Continúa don Adolfo y anota que si se compara el gasto del año 2015, en función del año 2014 se determina que el año pasado el gasto en becas se elevó en un 286% y para él es satisfactorio, en términos de que cree que los grandes cambios que se han producido en la Caja, es porque algún funcionario salió del país para formarse y regresó con una diferente del mundo. El problema es que no ha visto una persona que se presente en la Junta Directiva, para solicitar una beca y no se tenga la justificación de que se necesita. El tema es que tan prioritaria es esa necesidad en función de otras y no está haciendo referencia de estas becas, sino en general. Cuando el gasto se elevó en un 267% y ese monto indicado en dólares o en colones son muchos recursos financieros. Le parece que se deberían cuestionar hacia donde se debe focalizar el gasto, es decir, hacia donde se deben dirigir esos pocos recursos que se tienen y determinar si esa capacitación es prioritaria, en función con el tema del cáncer y está seguro que en ese aspecto, no se tiene una respuesta. Cree que la doctora Villalta está convencida de que se necesita esa especialidad y, adelanta que votará a favor, porque se han indicado dos aspectos, tienen un plan para mitigar las listas de espera y que dentro de la lista de necesidades está incluida esa especialidad y, entonces, ese es un recurso que se necesita prioritariamente y, repite, en esos términos votará, es decir, bajo esas condiciones siempre y cuando esté en el diagnóstico la especialidad. Le indica a las personas que están presentando que este es un tema recurrente, entonces, le sugiere a la Gerencia Médica que cuando se presenten solicitudes de beca de esa naturaleza, se incluya el documento en la presentación y se indique en qué página está contenido el diagnóstico y no solo que se informe que existe, como lo indicó el licenciado Alvarado Rivera, que es por interés personal.

Por su parte, la Ing. Alfaro Murillo solicita que se presente el Diagnóstico de las Necesidades completo.

El licenciado Gutiérrez Jiménez solicita que se corrija la forma, porque se está indicando que es un diagnóstico y está avalado por el Área de Planificación del CENDEISSS, mediante un oficio el cual no se indica y, en lo personal, le parece que las formas son importantes.

Pregunta la Directora Alfaro Murillo cómo se va a hacer con el diagnóstico, porque ella está solicitando el documento.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que el tema se presentó, por lo que sugiere que se tome el acuerdo, de que el CENDEISSS remita a la Junta Directiva el Diagnóstico de Necesidades de las Especialidades.

Aadiciona el Director Devandas Brenes que además, se remita el Diagnóstico de Necesidades de Especialistas y la capacidad de formación.

Al respecto, indica la doctora Sáenz Madrigal que en ese tema es en el que se está trabajando y pregunta, cuántos médicos se están formando.

La doctora Dominicque Guillén responde que, actualmente, se tienen 56 Residentes.

Aclara el doctor Devandas Brenes que él necesita conocer, cuántos especialistas se están formando por año.

La doctora Sáenz Madrigal comenta que se ha estado conversando, en términos de que se va a tener una sesión para analizar el tema de los Especialistas.

Continúa don Mario Devandas y señala que es para ir teniendo información.

Consulta el licenciado Gutiérrez Jiménez si se puede tener el Diagnóstico de Necesidades de los Especialistas y votar el tema la próxima semana.

Al respecto, señala doña Rocío Sáenz que el CENDEISSS tiene consolidado el Diagnóstico de Necesidades del año pasado.

Aclara la doctora Guillén Femenías que se tiene un documento y una fecha establecida para su entrega, porque se está terminando y en el consolidado se puede observar, cuáles son las áreas prioritarias que requieren Especialistas.

Indica don Adolfo Gutiérrez que le interesa conocer el documento y, además que quede constando en actas y como respaldo del tema, porque votará partiendo de los supuestos que mencionó.

El Director Barrantes Muñoz manifiesta que a futuro, si no se presenta ese Plan de Necesidades general y por centros, no votará ningún otro tema.

Respecto de una inquietud de la Directora Alfaro Murillo, indica la Dra. Sáenz Madrigal que como no estuvo presente en la mañana, se acordó que se tendrá una sesión extraordinaria el próximo 7 de marzo, para analizar el tema de las Especialidades en detalle y, además, se analizará el asunto comprensivamente.

El doctor Devandas Brenes refiere a que son dos aspectos, uno es el cuadro de necesidades y el otro, le parece que son las becas deben ser gestionadas por la Caja y sometidas a concurso. No

vota positivo, porque ha insistido muchas veces que es la Caja, la que debe gestionar esas becas someterlas a concurso, para que muchos especialistas puedan optar por esa oportunidad y le preocupa, porque le parece que no están actuando de manera democrática.

Pregunta la doctora Sáenz si algún señor Director que no votó, le puede dar la firmeza al acuerdo.

Sobre el particular, el Dr. Devandas Brenes indica que respecto del tema de la firmeza de los acuerdos, hace unos días indicó que el estar dando firmeza a los acuerdos, generan que las actas se siguen posponiendo y su posición es que las actas deben estar en la sesión siguiente, para que sea aprobada, por lo tanto no vota en firme.

Señala la doctora Sáenz Madrigal que el acuerdo está aprobado y en firme, porque votaron seis Miembros de la Junta Directiva.

Se plantea que el 7 de marzo próximo, en la sesión que tendrá lugar a las 12 m.d., se trate el tema relacionado con las especialidades.

Sometida a votación la propuesta, cuyas resoluciones en adelante se consignan, es acogida por todos los señores Directores, salvo por la Directora Alfaro Murillo y los Directores Devandas Brenes y Alvarado Rivera.

Por consiguiente,

ACUERDO PRIMERO: se tiene a la vista el oficio suscrito por la señora Gerente Médico, número GM-SJD-7433-2016, del 12 de febrero del año en curso, habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la doctora Dominicque Guillén Femenías, Asistente de la Dirección del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –por mayoría - **ACUERDA** aprobar a favor del doctor Byron Eduardo Rodríguez Muñoz, Médico Asistente Especialista en Radiología del Hospital México, beca -según en adelante se detalla- para que realice Curso de Alta Especialidad "Imagenología del Sistema Músculo Esquelético", en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), en México, D.F.:

I) Permiso con goce de salario del 29 de febrero del 2016 al 1° de marzo del año 2017.

El permiso con goce de salario se contempla como parte del presupuesto ordinario del centro de trabajo a la que pertenece el becario. Queda entendido que no se realizará la sustitución del beneficiario durante el período de estudios y no se verá afectada la prestación del servicio. Lo anterior, de conformidad con lo estipulado en el artículo 6° de la sesión número 8509, celebrada el 26 de mayo del año 2011.

II) El pago de:

- a) Estipendio mensual por la suma de hasta US\$1.000 (mil dólares), para un total de US\$12.000 (doce mil dólares), por el período de estudios.
- b) Tiquetes aéreos de ida y regreso por la suma de hasta US\$362,03 (trescientos sesenta y dos dólares con 100/03), más impuestos de salida de Costa Rica y México por US\$29 (veintinueve dólares) cada país, para un monto total de US\$420.03 (cuatrocientos veinte dólares con 100/03).

- c) Seguro médico por un monto anual de hasta US\$400 (cuatrocientos dólares).
- d) Costo del Curso por un total de US\$1.000 (mil dólares).

El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) certifica que dispone de contenido presupuestario en la partida 2631 que corresponde a "Becas".

Los beneficios otorgados quedan sujetos a las disposiciones reglamentarias vigentes.

ACUERDO SEGUNDO: se tiene a la vista el oficio suscrito por la señora Gerente Médico, número GM-SJD-7434-2016, del 12 de febrero del año en curso, habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la doctora Dominicque Guillén Femenías, Asistente de la Dirección del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –por mayoría - **ACUERDA** aprobar a favor del doctor Orlando Daly Mullins, Médico Asistente Especialista en Ortopedia del Hospital México, beca -según en adelante se detalla- para que realice una Subespecialidad en Cirugía Articular y Medicina del Deporte, en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), en México, D.F.:

- I) Permiso con goce de salario del 29 de febrero del año 2016 al 1° de marzo del año 2017.

El permiso con goce de salario se contempla como parte del presupuesto ordinario del centro de trabajo a la que pertenece el becario. Queda entendido que no se realizará la sustitución del beneficiario durante el período de estudios y no se verá afectada la prestación del servicio. Lo anterior, de conformidad con lo estipulado en el artículo 6° de la sesión número 8509, celebrada el 26 de mayo del año 2011.

- II) El pago de:

- e) Estipendio mensual por un monto de hasta US\$1.000 (mil dólares), para un total de US\$12.000 (doce mil dólares), por el período de estudios.
- f) Tiquetes aéreos de ida y regreso por la suma de hasta US\$362,03 (trescientos sesenta y dos dólares con 100/03), más impuestos de salida de Costa Rica y México por US\$29 (veintinueve dólares) cada país, para un monto total de US\$420.03 (cuatrocientos veinte dólares con 100/03).
- g) Seguro médico por la suma anual de hasta US\$400 (cuatrocientos dólares).

El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) certifica que dispone de contenido presupuestario en la partida 2631 que corresponde a "Becas".

Los beneficios otorgados quedan sujetos a las disposiciones reglamentarias vigentes.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, excepto por la Directora Alfaro Murillo y los Directores Devandas Brenes y Alvarado Rivera. En consecuencia, el acuerdo se adopta en firme.

Se retiran del salón de sesiones las doctoras Guillén Femenías y Núñez Núñez.
 Ingresan al salón de sesiones el doctor Armando Villalobos Castañeda, Director de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur; el doctor Gustavo Umaña Montoya, del Servicio de Farmacia del Área de Salud de Cartago, la doctora Viria Solano, doctora Francine Núñez, del Área de Salud de Cartago.

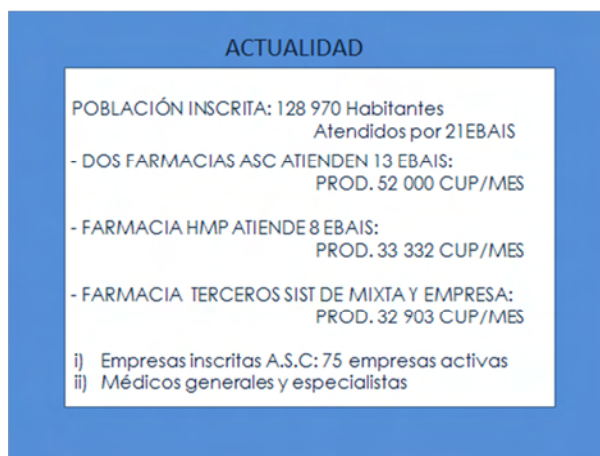
ARTICULO 28°

Se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-7432-2016, fechado 15 de febrero del año 2016, firmado por la señora Gerente Médico, que contiene la propuesta de declaratoria de inviabilidad para la prestación de servicios de Farmacia para el Área de Salud de Cartago.

La presentación está a cargo del doctor Villalobos Castañeda, con base en las siguientes láminas:

- A) Caja Costarricense de Seguro Social
 Área de Salud de Cartago
**SOLICITUD DECLARATORIA DE INVIABILIDAD
 COMPRA DE SERVICIOS PROFESIONALES FARMACEUTICOS Y DESPACHO DE
 RECETAS DE LOS SISTEMAS DE ATENCION DE MEDICINA MIXTA, EMPRESA
 Y DE CONSULTA EXTERNA DE 8 EBAIS
 DEL ÁREA DE SALUD CARTAGO**
 Dr. Gustavo Umaña Montoya
 Febrero, 2016.

B)



C) Carencias:

❖ **RECURSOS HUMANOS**

Personal profesional.
 Personal apoyo técnico y administrativo.

❖ **INFRAESTRUCTURA**

Almacén local de medicamentos (depende H.M.P.).
 Farmacia sede.
 Imposibilidad de encontrar un local apto.

❖ **EQUIPAMIENTO.**

D) Alternativas:

- ❖ Implementación de Farmacia con recurso institucional.
- ❖ Apoyo del Hospital Dr. Maximiliano Peralta para la atención de 8 E.B.A.I.S.
- ❖ Contratación de Servicios Farmacéuticos por terceros para atender las necesidades de:
 1. Sistemas de Medicina Mixta y de Empresa
 2. 8 E.B.A.I.S. remanentes atendidos en el Hospital
 3. Odontología, Pediatría, Gineco-obstetricia y otros.

E)

DOTACIÓN RECURSOS INSTITUCIONALES			
RECURSOS HUMANOS			
Cant.	Descripción	Costo mensual	Costo anual
6	Farmacéuticos	¢ 13,433,393.02	¢ 161,200,716.24
28	Personal apoyo	¢ 16,345,989.20	¢ 196,151,870.40
34		¢ 29,779,382.22	¢ 357,352,586.64
EL CÁLCULO DEL RECURSO HUMANO ESTÁ BASADO EN UNA PRODUCCIÓN APROXIMADA DE 68000 CUPONES MENSUALES			
INFRAESTRUCTURA			
Cant.	Descripción	Costo mensual	Costo anual
1	Alquiler inmueble	¢ 8,993,450.24	¢ 107,921,402,86
1		¢ 8,993,450.24	¢ 107,921,402,86

F)

DOTACIÓN RECURSOS INSTITUCIONALES	
EQUIPAMIENTO:	
<ul style="list-style-type: none"> - Equipo cómputo - Equipos refrigeración - Estantería - Tarimas - Otros 	COSTO APROXIMADO: ¢ 30,847,844.00
COSTO APERTURA PRIMER MES:	
DESCRIPCION	COSTO MENSUAL
Recursos humanos	¢ 29,779,382.22
Infraestructura (alquiler)	¢ 8,993,450.24
Equipamiento	¢ 30,847,844.00
TOTAL	¢ 69,620,676.46

G)

DOTACIÓN RECURSOS INSTITUCIONALES

COSTO PRIMER AÑO:

DESCRIPCION	COSTO ANUAL
Recursos humanos	¢ 357,352,586.65
Infraestructura (alquiler)	¢ 107,921,402.86
Equipamiento	¢ 30,847,844.00
TOTAL	¢ 496,121,833.51

H)

DOTACIÓN RECURSOS INSTITUCIONALES

**OTROS COSTOS INDIRECTOS:
SERVICIOS PÚBLICOS**

DESCRIPCION	COSTO MENSUAL	COSTO ANUAL
AGUA	¢ 17.062,00	¢ 204.744,00
ELECTRICIDAD	¢ 145.304,50	¢ 1.743.654,00
TELEFONO	¢ 13.000,00	¢ 156.000,00
TOTAL	¢ 175.366,50	¢ 2.104.398,00

I)

SERVICIO POR TERCEROS

MEDICINA MIXTA Y EMPRESA	32 903 cupones/mes aprox. Precio cupón ¢ 342,89 ¢ 11,282,109.67/mes aprox. ¢ 135,385,316.00/año aprox.
FARMACIA H.M.P. PRODUCE APROX. 33 332 cupones / mes para la consulta externa EBAIS del Área de Salud de Cartago	
Total de cupones producidos por mes para todos los sistemas: (Med. Mixta+Med. Empresa+ Consulta Externa-EBAIS: 66 000	
COSTO POR 66000 CUPONES	¢ 22,630,740.00/MES ¢ 271,568,880.00/AÑO

J)

BENEFICIOS PARA LOS USUARIOS

Se establece por condición cartelaria:

- Tiempos de espera cortos para la entrega de los medicamentos:
 - i) Medicina mixta y EBAIS: 30 minutos
 - ii) Medicina empresa: 2.5 horas
- Atención y consulta farmacéutica individualizada
- Charlas Educativas
- Visitas a las empresas

K)

CUADRO RESUMEN DE SITUACIÓN

Descripción	Área Salud Cartago	Contrato por terceros (mixta, empresa, EBAIS)
RRHH	NO POSEE	RECURSOS PROPIOS
INFRAESTRUCTURA	NO POSEE	RECURSOS PROPIOS
EQUIPAMIENTO	NO POSEE	RECURSOS PROPIOS
COSTO APERTURA PRIMER MES	¢ 69,620,676.46	PROVEEDOR LO ASUME
COSTO PRIMER AÑO	¢ 496,121,833.46	PROVEEDOR LO ASUME
COSTO MENSUAL	¢ 38,772,832.46	¢ 22,630,740.00
COSTO ANUAL	¢ 465,273,989.52	¢ 271,568,880.00

L) **CONCLUSIONES:**

- En la actualidad la institución no está en la capacidad de otorgar en el corto y mediano plazo los recursos necesarios al Área de Salud Cartago para asegurar la apertura del servicio de farmacia de propiedad institucional.
- La farmacia del Hospital Max Peralta está colapsada y a muy corto plazo no se podrá tener más la posibilidad de ayuda por parte de este centro de salud al Área de Salud Cartago.

M) **Conclusiones:**

- La contratación de servicios farmacéuticos por terceros para la atención de los sistemas de medicina mixta, empresa y consulta externa de los ocho EBAIS que atiende la farmacia

del hospital Max Peralta, es una alternativa viable para poder abastecer la demanda de la población del Área de Salud Cartago y de las empresas adscritas a esta unidad.

- El Área de Salud Cartago no está en la capacidad de atender a los usuarios de los sistemas de medicina mixta, empresa y de los EBAIS que despacha la farmacia del hospital.

El Dr. Armando Villalobos Castañeda se refiere a la propuesta de declaratoria de inviabilidad para la prestación de servicios de Farmacia para el Área de Salud de Cartago. Como antecedente señala que el Área de Salud de Cartago, inició sus funciones en el año 2000 con 8 EBAIS. En este momento, manejan 21 EBAIS y tienen tres sistemas de farmacia, con los cuales se atiende a los usuarios del servicio. A esos 21 EBAIS les corresponde la atención de 130.000 habitantes y los tres sistemas de farmacia que tienen son: un sistema propio del Área de Salud, hay dos farmacias periféricas, uno en Agua Caliente, y dos en Llano Grande, de esas trece farmacias se tiene una producción de 52.000 cupones por mes. La Farmacia del Hospital Max Peralta, además, atiende ocho EBAIS adicionales. Enfatiza en que el Hospital de Cartago tiene un problema, porque sigue atendiendo una serie de situaciones del Área de Salud de Cartago, dado que nació de ese Hospital. Entonces, en este momento, les está produciendo 33.000 cupones por mes de Farmacia y, además, se tiene un contrato para atender lo que corresponde al Sistema de Medicina Mixta y de Empresa, los cuales producen alrededor de 33.000 cupones también por mes. En esa modalidad hay contratadas 75 empresas y están activas, además de todos los médicos generales y especialistas que se tiene en el Sistema de Atención Mixta. En las dos farmacias que comentaba se tienen 25 funcionarios y 26 trabajadores con el doctor Umaña, con esos funcionarios se atienden esas dos farmacias para atender lo que corresponde a los EBAIS, aclara que el personal es profesional y de apoyo técnico y administrativo. Por otro lado, se tiene además un serio problema, porque el almacén local de farmacia, está ubicado en el Hospital y se generan bastantes problemas en la organización, por ejemplo, las dos farmacias que se tienen en el área son muy pequeñas y no tienen un local, cada semana hay que estar haciendo el pedido de medicamentos al almacén del Hospital Max Peralta, para las dos farmacia del área de salud.

Ante una consulta, responde el doctor Gustavo Umaña que la Farmacia de Llano Grande está a alrededor de 10 kilómetros del Hospital Max Peralta y la Farmacia de Agua Caliente, está ubicada a alrededor de cinco kilómetros de ese Hospital.

Prosigue el Dr. Armando Villalobos y anota que no se tiene una farmacia sede y destaca que se han buscado locales, para el nivel de farmacia pero en Cartago Centro es difícil lograr un alquiler, por ejemplo, a los funcionarios de la Farmacia se les solicitan alrededor de 1.000 metros cuadrados para ubicar el despacho de medicamentos y la bodega. En ese sentido, es difícil localizar un local o lugar para ubicar la Farmacia y la bodega, porque a esa distancia está la plazoleta de la Basílica de los Ángeles y no existe posibilidad. En este momento, se está explorando una posibilidad que se tiene con Bancrédito, es una zona de aduanas, con bodegas grandes y un par de edificios administrativos, pero en el caso se tiene que analizar el acceso y otros aspectos demás, aparentemente, están bien situadas, porque están localizadas en la entrada de Cartago por el Mall. Le parece que la Farmacia del Hospital Max Peralta, debe continuar atendiendo esos ocho EBAIS y la contratación de los servicios farmacéuticos. Hace hincapié en que el Hospital Max Peralta ha venido brindado la atención de los EBAIS, mediante la modalidad del pago de tiempo extraordinario y lo han hecho desde hace muchos años. El personal del Hospital Max Peralta ha manifestado que están agotados de trabajar tiempo

extraordinario y se ha tenido que contratar, para la farmacia personal de fuera del Hospital. Por otro lado, propiamente al Hospital se le dificulta desarrollar los programas que tiene que hacer del Hospital, porque el personal de la farmacia tiene que estar atendiendo esos ocho EBAIS. Menciona que han estado en dos o tres negociaciones sindicales, porque quieren cerrar las farmacias y los funcionarios no quieren atender los EBAIS, la última vez don Gustavo Umaña tuvieron que cerrar dos EBAIS, casi de un momento a otro porque los trabajadores no quieren colaborar más. El problema es que, inclusive, con el pago de tiempo extraordinario, si a un paciente se le atiende en la consulta por la mañana, en la tarde tiene que estar listo el medicamento, pero si al usuario del servicio se le atiende por la tarde, el medicamento se le entrega hasta el día siguiente y el proceso no es funcional. La contratación de servicios farmacéuticos, la cual sería la tercera opción y se está analizando en este momento, sería para los Sistemas de Medicina Mixta y de Empresa, porque los ocho EBAIS que están siendo atendidos en este momento en el Hospital y las especialidades, que en este momento se está atendiendo el área de salud, propiamente. Por ejemplo, si se habilita una farmacia con recursos institucionales, se logran determinar una serie de cifras significativas y cree conveniente que los señores Miembros de la Junta Directiva las conozcan. Por ejemplo, si en este momento se tuvieran que atender los 76.000 cupones que atiende Medicina Mixta y de Empresa, para los ocho EBAIS se estaría haciendo referencia de que se necesitaría contratar 34 personas, es decir, son plazas aparte de las que se tienen. Entonces, para poder atender la producción de 76.000 cupones mensuales, el costo sería de alrededor de trescientos cincuenta y siete millones de colones anuales. Además, se estaría haciendo referencia de conseguir, porque no se tiene, un lugar para alquilar, para un costo de alrededor de ciento siete millones de colones, ese estimado es basado en el costo por metro cuadrado de alquiler en Cartago. Posteriormente, se estaría haciendo referencia de equipos en general y ese costo tal vez es muy moderado, pero es lo que se ha estado analizando y mensualmente sería un costo de alrededor de setenta millones de colones, con recurso humano en infraestructura y equipamiento. El costo de que la Institución asuma el servicio de farmacia en referencia, para atender la cantidad de cupones, sería de alrededor de quinientos cuarenta colones por cupón y, además, el costo anual sería de quinientos millones anuales y algunos otros servicios que no estaban considerados anteriormente. Esa información se tomó como un ejemplo de alguno de los EBAIS que en este momento están pagando esos conceptos, pero se tendría que hacer un estimado, en el sentido de multiplicar por cuatro, porque se está haciendo referencia de una Farmacia mucho más grande y con un mayor gasto. En este momento, la Farmacia de Medicina Mixta y de Empresa, produce 33.000 cupones por mes, a un precio de trescientos cuarenta y dos colones, esos son los costos anuales y demás. Si se incluyen los otros sesenta y seis mil cupones que se necesitan atender, se estaría haciendo referencia de veintidós millones de colones adicionales por mes, en ese contrato. Los beneficios para los usuarios, son aspectos que se pueden indicar en el cartel y de hecho, la idea es que los tiempos de espera sean los adecuados, por ejemplo, para la modalidad del Servicio de Medicina Mixta y EBAIS, el tiempo de espera es de 33 minutos y para Medicina de Empresa, el tiempo de entrega de los medicamentos es de dos y media horas. Destaca como importante que la atención y la consulta farmacéutica individualizada, así como la salud educativa, las visitas a las empresas, son aspectos muy importantes, porque se está haciendo referencia de la calidad en la atención. Por ejemplo, el programa de calidad que tiene en este momento la Región Central Sur, en calidad de la atención médica, implica que de alguna manera se tiene que coordinar con las consultas farmacéuticas, para corroborar que se está otorgando calidad y ese aspecto es parte de lo que, eventualmente, es interesante dentro de la atención farmacéutica. El cuadro resumen de la situación incluye los recursos que no se tienen, lo que el proveedor asume y los costos,

eventualmente, son los costos finales que se lograron determinar en ese sentido. Entonces, se llegaron a varias conclusiones. El costo por la capacidad de otorgar en este momento los servicios por 66.000 cupones, iniciando por el alquiler del local, porque la farmacia del Hospital Max Peralta no puede continuar colaborando, dado que ha sido una situación bastante difícil y se ha tenido que ir en varias oportunidades al Hospital a tratar de controlar la situación. La contratación de los servicios farmacéuticos por terceros, para Medicina Mixta de Empresa y la Consulta Externa de los ocho EBAIS, podría ser la alternativa más viable para atender la demanda en este momento. El contrato actual de Medicina Mixta y de Empresa vence el próximo mes de agosto, entonces, se está con tiempo para solucionar cualquier dificultad. Por otro lado, el Área de Salud de Cartago, en este momento, no está en la capacidad de atender a los usuarios, es decir, con lo que tiene hoy la Farmacia. La petición sería declarar la inviabilidad para poder, entonces proceder a realizar la contratación correspondiente.

Respecto de una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez, tendiente a conocer formalmente que es lo que se está presentando, responde el Dr. Villalobos y la doctora Sáenz que es la inviabilidad de los servicios de farmacia para el Área de Salud de Cartago, porque la farmacia del área de salud, en este momento no puede atender los servicios que se demandan. En ese sentido, para el proceso de contratación, se necesita el permiso de la Junta Directiva, a través de la inviabilidad para poder contratar lo que se tenga que contratar.

Al respecto, indica el licenciado Gutiérrez Jiménez que la inviabilidad no surge sola, es decir, es un mecanismo; entonces, no le queda claro si es la inviabilidad de prestar el servicio.

Aclara el Dr. Armando Villalobos que en este momento, en las conclusiones se está indicando que no se puede dar el servicio de farmacia en el Área de Salud de Cartago, porque no se tiene como atender 66.000 cupones.

El Director Gutiérrez Jiménez procede a dar lectura a la propuesta de acuerdo: “declarar la inviabilidad para la prestación de los servicios del Área de Salud de Cartago, de acuerdo al Reglamento tal y de acuerdo a la normativa tal” es decir, que no es un procedimiento que no está normado y responde a la Ley. También se refiere al documento de Aprobación de las Políticas de la Caja Costarricense de Seguro Social, para la Provisión de Servicios de Salud por medio de proveedores externos, el cual establece como requisito previo, la declaratoria de inviabilidad comprobada, por parte de la unidad administrativa que genera la compra de servicios por terceros, es decir, hay un Reglamento que se denomina Reprogramación de Políticas de la Caja para la Provisión, por medio de proveedores externos. Pregunta si ese aspecto es declarar la inviabilidad de acuerdo con el Reglamento y bajo qué términos, se van a contratar los servicios por terceros.

El Dr. Armando Villalobos indica que en este momento, se tiene un contrato que está funcionando con Medicina Mixta y de Empresa y la idea es continuar con ese contrato, e incluir las cláusulas que se necesiten.

En relación con una consulta del licenciado Gutiérrez Jiménez, tendiente a conocer a quién se le tiene contratados esos servicios, el Dr. Gustavo Umaña responde que a la Corporación A. P., es el que mediante un contrato, está brindando el servicio de farmacia de Medicina Mixta y de Empresa.

Como ejemplo, anota el licenciado Gutiérrez Jiménez que, eventualmente, el Dr. Devandas Brenes podría indicar que por qué Corporación A.P. y no otra empresa.

El Dr. Villalobos Castañeda responde que la compra no se está dirigiendo.

El Director Gutiérrez Jiménez pide que ese aspecto quede constando en el acuerdo y, además, lee el acuerdo número dos: “ Instruir a la Dirección General de Servicios de Salud para que proceda a contratar los servicios de terceros correspondientes ...”.

Aclara el Dr. Armando Villalobos que la contratación sería según la Ley de Contratación Administrativa.

El licenciado Gutiérrez Manifiesta su preocupación, porque se podría interpretar que se hizo una compra directa con una “empresa en particular”, ese aspecto como primer punto. Como segundo: “instruir a la Dirección”, le parece que sería más que se proceda a contratar, sino que se realicen los procedimientos de contratación de servicios por terceros, de acuerdo con la normativa vigente en contratación administrativa. De tal manera que se garantice así el interés público y como no tienen costos, estima que se debería tener definida una parte como un máximo de costos o como se van a definir.

Responde el Dr. Villalobos Castañeda que en este momento, la contratación que se tienen está definida por necesidad pero con un tope, entonces, solo se puede alcanzar ese tope.

Por su parte, al licenciado Gutiérrez Jiménez le parece que, normalmente, cuando se contratan servicios de esa naturaleza por terceros, se promueve en un concurso las necesidades y las ofertas establecen los precios.

Sobre el particular, el Dr. Gustavo Umaña señala que en este caso, es importante justificar que el Área de Salud de Cartago, no se puede hacer cargo de esa cantidad de cupones, pero paralelo a este proceso, se está trabajando lo correspondiente al cartel de especificaciones técnicas, es decir, lo que corresponde a la parte técnica para todos los servicios de farmacia, por ejemplo, está incluida la parte de infraestructura, la cual está definida por la parte regional de energía, también está contemplada la parte de sistemas de cobros, porque la encargada de diseñarla es la parte regional de informática, o sea, es un conglomerado.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que esos aspectos son de forma, porque es muy importante que se indique que se han iniciado los procedimientos para la contratación de los servicios, dado que en la propuesta se está indicando que se contrate, pero no se está estableciendo un límite.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y señala que este es el procedimiento de la declaratoria de la inviabilidad, para que se inicie el proceso de contratación y cuando se tenga que adjudicar el proceso, se presenta a consideración de la Junta Directiva.

Por su parte, el Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación, en el sentido del concepto de inviabilidad, porque estima que puede ser que sea aplicable en este momento, por la imagen que le trasmite el proceso y desea que los abogados le ayuden a entender, es que una declaratoria de inviabilidad es un aspecto transitorio, es decir, que en este momento no se puede

resolver de otra manera. Comenta para que el doctor Villalobos y los funcionarios que lo acompañan conozcan, por ejemplo, a los laboratorios de Zarcero se les ha declarado la inviabilidad durante 23 años. Repite, le preocupa porque le parece que el tema se desborda, ya que estima que el tema no es inviabilidad y, en ese sentido, cree que se le debe poner otro nombre, incluso, va a consultar directamente a la Contraloría General de la República el asunto de la inviabilidad. De modo que si al Órgano Contralor le parece bien que un asunto se declare inviable, durante 20 ó 23 años, le preocupa porque le parece que es abusar del concepto. Ese es su criterio a menos de que se realice un análisis al tema y se indique que no. Estima que si está en lo cierto de que inviable es una situación transitoria, en términos, de que es una actividad que no se puede hacer en este momento y por ese motivo se aprueba un procedimiento extraordinario.

El licenciado Gutiérrez Jiménez lee lo que significa inviable, en términos de que, por ejemplo, una actividad no se puede llevar a cabo, por lo que se aplica en un terreno y camino que esté en muy malas condiciones y no es posible caminar, ni circular en él una actividad o trabajo.

Continúa el doctor Devandas Brenes y recuerda que en la Junta Directiva, para declarar una inviabilidad, lo que siempre se ha indicado es que en este momento no se puede atender, por ejemplo, un servicio y, entonces, la prestación de ese servicio es inviable.

Señala la Dra. Sáenz Madrigal que en la primera parte de la presentación, el doctor Villalobos planteó el tema, en el sentido de que se han tratado de buscar opciones.

El Dr. Devandas Brenes indica que si se determina una situación de imposibilidad, por ejemplo, para prestar un servicio, se tiene que buscar la forma de resolver el problema, está de acuerdo, si lo que se quiere es hacerlo permanentemente. Entonces, no indicar que se debe declarar la inviabilidad de un servicio, porque estima que se le debe nombrar como corresponde, es decir, una compra por terceros porque es la definición, pero si el servicio es inviable como lo está entendiendo; en ese sentido, se debería tomar un acuerdo donde se aprueba la inviabilidad y se debería acompañar con la solicitud de que en un plazo que se cumpla, se presentará la solución definitiva, porque si se le indica que el problema es que hay que comprar un edificio, o hay que asignar una gran cantidad de millones de colones, si ese es el problema de fondo; entonces, hay que plantear la solución de fondo, para que el problema se resuelva de manera definitiva. De lo contrario, el tema se volverá a presentar, como ilustración, dentro de dos, tres y cinco años solicitando una inviabilidad y ese aspecto, le parece que no es saludable. Por otra parte, cuando se hace el análisis de los costos y enfatiza en que lo ha planteado muchas veces, que no le produce satisfacción la estimación de costos sino se demuestra. Enfatiza en que se han presentado otros casos y doña Marielos Alfaro lo ha indicado también, en el sentido de si se plantean datos numéricos, hay que solicitar toda la información y que se demuestre. Le indica al doctor Villalobos que en el caso de los laboratorios de Zarcero, como ilustración, presentó un resumen de los costos y demostró en la Junta Directiva que en ese caso, el análisis de los costos no era sostenible, por lo que era absolutamente inadmisibles. Sin embargo, en este caso no lo puede demostrar porque no tiene toda la información, es decir, el análisis de costos no lo puede respaldar, por lo que no puede demostrar que ese análisis de costos es o no es sostenible.

La doctora Sáenz Madrigal refiere que es importante lo que está planteando don Mario y aclara que en el documento, está todo el tema del análisis de costos que se ha hecho con la metodología aprobada por la Junta Directiva.

El doctor Armando Villalobos abona que se entregó un documento, el cual contiene todo el planteamiento explicado.

El Director Devandas Brenes indica que no lo tiene.

Para la tranquilidad del Dr. Devandas Brenes, indica don Adolfo Gutiérrez que entiende que el tema es muy importante para que se inicie el procedimiento.

Prosigue el doctor Devandas Brenes y manifiesta su inquietud, porque entiende que el problema no se va a resolver en cuatro meses, pero le parece que se tome una decisión, para que el asunto más adelante no se presente.

Interviene la señora Gerente Médico y señala que hace un año y medio o más tiempo, se presentó para aprobación la inviabilidad en el servicio de farmacia en el Área de Salud de Cartago. Sin embargo, tiene seguridad de que las autoridades del esa Área de Salud, han buscado lugares para alquilar, porque no quieren trabajar más baja la modalidad de pago por tiempo extraordinario, dada la dotación de recursos humanos en el Hospital Max Peralta, para atender los ocho EBAIS. El último edificio que visitaron para considerar si podía ser alquilado, es el que está ubicado por el Banco Crédito Agrícola y tampoco cumplía con los requisitos. Hace hincapié en que la principal limitante que se ha tenido para el Área de Salud de Cartago, es la planta física y ha sido difícil y esa es la razón, pero las autoridades son conscientes de que la necesidad de institucionalizar ese servicio.

Interviene la doctora Viria Solano y explica que, por ejemplo, desde el año 2007 se presentó el proyecto para dotar de todos los recursos al Servicio de Farmacia del Área de Salud de Cartago, lo cual incluía además de recurso humano, la infraestructura y el equipamiento. Cuando se dio toda la situación, con respecto de la dotación de los recursos en los Servicios de Farmacia a nivel institucional, tanto a nivel local como regional, se planteó la necesidad que esos servicios se ofrecieran con recursos institucionales. Dada la imposibilidad de dotar de plazas y recursos a toda la Institución para los servicios de Farmacia, el Área de Salud de Cartago, ha recibido recursos para poder ir mejorando toda su condición, porque desde su creación, en ese sentido, ha tenido una condición deficitaria. Se han hecho todos los esfuerzos posibles para que el área de salud se independice de la farmacia del Hospital Max Peralta, tratando de buscar un edificio para que se tenga su propio almacén local de medicamentos. Además, de un edificio con las condiciones que exige las normas de habilitación del Ministerio de Salud, para los servicios de farmacia. Esa situación ha sido muy difícil de resaltar. Repite, la Institución le ha venido asignando recursos y así se está reconociendo, pero dada la magnitud y la complejidad de los servicios de farmacia, en el Área de Salud de Cartago, como lo explicó el doctor el Dr. Villalobos, porque no solo se tienen los servicios institucionales y, además, los de Medicina Mixta y de Empresa y como Cartago, tiene una zona industrial muy grande, hay que darle servicio a todas esas empresas. Igualmente el tema que se refiere a Medicina Mixta, porque la demanda cada día es creciente, dado que el usuario del servicio tiene la opción de acudir a este Sistema de Medicina Mixta; sin embargo, las farmacias han venido prestando el servicio de entrega de medicamentos. Una de las propuestas que se plantearon, a través de la Coordinación Nacional de los Servicios de Farmacia, es en el sentido de que la contratación no es para que se extienda a un largo plazo, porque si se ha extendido es porque no se logrado tener la solución definitiva al problema, pero la idea es que en el tiempo, el Área de Salud de Cartago se vaya dotando de recursos, de tal

manera que los servicios sean institucionales pero, precisamente, la opción que se tiene para resolver la situación, porque no se puede dejar en un sistema de indefensión a las empresas, en cuanto al despacho de las recetas, ni tampoco a los usuarios de Medicina Mixta, dado que no hay a nivel institucional en el Área de Salud de Cartago, una Red bien establecida que pueda absorber esa gran demanda. En ese sentido, es el planteamiento que se hace para resolver la situación, específicamente, de Medicina Mixta y aunado a ese Sistema, los ocho EBASIS que también han venido siendo tratados por el Hospital Max Peralta, pero dieron un ultimátum y presentaron todos los proyectos, tienen todas las pruebas, lo que demuestra las gestiones que se han hecho desde un nivel regional, como también del nivel local. Se tiene toda la historia desde cuando se dieron esos servicios, las consecuencias que han tenido. También es muy importante que se conozca que esa contratación se realiza con controles establecidos. Tienen controles puntuales para todos los servicios contratados, por ejemplo, se hacen visitas a las farmacias, se controla la producción, para responder de acuerdo con los lineamientos.

Sobre el particular, el Director Loría Chaves apunta que esos son temas que tienen 20 años de que suceden, no son temas nuevos sino que se repiten y no existen opciones de solución, más que las tradicionales y ya no funcionan. Insiste en que ese modelo lo analizó estando implementado, por ese motivo no puede dejar de indicar lo que piensa. Por ejemplo, conoce que existen robots que dispensan todos los medicamentos, entonces no se ocupan ni 20 funcionarios, ni 30 trabajadores, porque existen los mecanismos para el despacho de medicamentos. Le parece que este es un tema de la estación física, cuando se tienen muchos trabajadores haciendo una tarea de esa naturaleza, pero es que hay hospitales completos que son manejados por cinco personas de farmacia, como ilustración, el robot hace todo, dado que atiende por un mecanismo de computadora, emite una orden, prepara los medicamentos, los corta, los distribuye por pastillas y los coloca dentro de una bolsa plástica y los coloca en un carro para dispensarlos por donde se quiera. Existen esos mecanismos de atención para una farmacia y se tienen problemas en la farmacia de Cartago y en otras farmacias, por ejemplo, en Moravia, tienen una enorme farmacia privada a la que se le compran los servicios. Si existen otros mecanismos para prestar los servicios de farmacia, le parece que se tiene que tomar una decisión, en términos de que la Gerencia Médica con la Gerencia Administrativa, busquen opciones de solución de otra naturaleza, porque en la Junta Directiva se necesita que se presenten innovaciones, para la prestación de los servicios, porque de lo contrario el próximo año, se tendrá una situación similar en Moravia o con el Laboratorio de Aserrí, sino se modifican los mecanismos de prestación de servicios de salud. Hace esa observación porque conoce que se está presentando este tema y es urgente, pero insiste en que se tienen que cuestionar que se necesita el próximo año, para que este Órgano Colegiado esté discutiendo otros modelos alternativos de prestación de servicios, como ilustración, en farmacia. En esos términos, solicita que se considere esa situación porque cree que la Institución, está en capacidad de adquirir tecnología de punta en esta materia y lo indica por una razón muy sencilla, esos robots son capaces de atender a poblaciones muy grandes y, entonces, de pronto se pueden satisfacer necesidades futuras con esos servicios.

Indica la doctora Sáenz Madrigal que como ha planteado el doctor Villalobos el día de hoy, se está presentando a consideración de la Junta Directiva, la declaratoria de la inviabilidad para la prestación de los servicios de farmacia, en el Área de Salud de Cartago, para dar inicio al proceso de contratación y cuando esté en la fase de adjudicación, se presentará nuevamente ante la Junta Directiva y se valorará el tema. Le parece que lo que está planteando el Director Loría Chaves, debe quedar como un segundo acuerdo, mediante el cual se le solicita a la Gerencia

Médica, a la Gerencia Administrativa y a la Gerencia Financiera, valorar otras opciones de contratación de recursos. Se ha estado haciendo referencia de muchos temas, pero hay sentidos de realidad y la realidad es que la Institución, le ha costado encontrar la solución a ciertos problemas y empieza con una solución que pareciera que es de corto plazo y se va quedando y, luego, se termina institucionalizando un servicio y ese es el llamado de atención que hoy se tiene de los señores Directores.

Solicita el Director Barrantes Muñoz que se amplíe el sustento legal de las declaratorias de inviabilidad, porque le parece importante conocer el criterio desde la perspectiva de la Dirección Jurídica.

La doctora Sáenz Madrigal agrega que lo que don Rolando Barrantes desea, es un análisis de la a figura de inviabilidad.

Señala el Dr. Armando Villalobos que el dictamen que está contenido en la propuesta, es de la Región.

La señora Presidenta Ejecutiva le indica al Subgerente Jurídico que lo que desea don Rolando Barrantes, es que quede planteado en el acuerdo que la Dirección Jurídica presente un análisis del sustento jurídico, en la declaratoria de inviabilidad.

Sobre el particular, señala el licenciado Alfaro Mudillo que él coordinará con el Dr. Villalobos Castañeda.

Recomendación y propuesta de acuerdo:

La Junta Directiva, una vez presentada la Propuesta de Declaratoria de Inviabilidad del Servicio de Farmacia del Área de Salud Cartago y de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica, visible en el oficio N° GM-SJD-7432-2016 de fecha 15 de febrero del 2016, ACUERDA:

1. Declarar la inviabilidad para la prestación de servicios de farmacia en el Área de Salud de Cartago.
2. Instruir a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur para que proceda a contratar los servicios por terceros correspondientes, esto siguiendo los principios y procedimientos de la normativa vigente en contratación administrativa, de manera que se garantice así el interés público y se supla cabalmente la necesidad de estos servicios tan significativos para la población usuaria del Área de Salud Cartago.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por los Directores Devandas Brenes, Barrantes Muñoz y Gutiérrez Jiménez que votan negativamente.

Por consiguiente,

ACUERDO PRIMERO: se tiene a vista la comunicación que firma la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-7432-2016, fechada 15 de febrero del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica y la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, presentan la Propuesta de Declaratoria de inviabilidad para la prestación de servicios de Farmacia para el Área de Salud de Cartago, según solicitud formal en oficio DRSSCS-ADM-CA-312-15 suscrito por el Dr. Armando Villalobos Castañeda, Director Regional de Servicios de Salud Central Sur.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el Reglamento “Aprobación Política de la Caja Costarricense de Seguro Social para la provisión de Servicios de Salud por medio de Proveedores Externos”, el cual establece como requisito previo: “(...) *Declaratoria de inviabilidad comprobada por parte de la unidad administrativa que genere la compra de servicios a terceros(...)*”, la cual según se indica en la misma política deberá solicitarse formalmente ante la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

ACCIONES

Se adjunta la propuesta de declaratoria de inviabilidad de Servicios de Farmacia para el Área de Salud Cartago.

RECOMENDACIÓN

Con base en la solicitud y aval planteado por el Dr. Armando Villalobos Castañeda, Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur y el Director General del Área de Salud Cartago, conforme lo anterior, y siendo evidente la necesidad de garantizar la continuidad de los servicios de salud, para la satisfacción del interés público, de acuerdo a la competencia delegada constitucionalmente a la Caja Costarricense de Seguro Social, bajo los principios del servicio público establecidos en la Ley General de Administración Pública, esta Gerencia recomienda darle continuidad y seguimiento al servicio de farmacia, por medio de la contratación a proveedores externos, esto con el fin de satisfacer el interés público, para usuarios internos y externos del Área de Salud Cartago ...”

habiéndose hecho la presentación en cuanto a la mencionada propuesta, por parte del doctor Armando Villalobos Castañeda, Director de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur; de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica, visible en el mencionado oficio N° GM-SJD-7432-2016 y de acuerdo con lo establecido por el *Reglamento para la contratación de servicios médicos especializados por medio de terceros* -por mayoría-

ACUERDA:

- 1) Declarar la inviabilidad para la prestación de servicios de farmacia en el Área de Salud de Cartago.
- 2) Instruir a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur para que proceda a contratar los servicios por terceros correspondientes, esto siguiendo los principios y

procedimientos de la normativa vigente en contratación administrativa, de manera que se garantice así el interés público y se supla cabalmente la necesidad de estos servicios tan significativos para la población usuaria del Área de Salud Cartago.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, excepto por los Directores Devandas Brenes y Gutiérrez Jiménez que vota negativamente (el Director Barrantes Muñoz le da la firmeza). Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ACUERDO SEGUNDO: en concordancia con lo resuelto en el acuerdo precedente, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** que las Gerencias Médica, Administrativa y Financiera valoren otras opciones, en relación con la contratación de este tipo de servicios y presenten opciones a la Junta Directiva.

ACUERDO TERCERO: a propósito de lo resuelto en los acuerdos precedentes, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Dirección Jurídica que realice un análisis del sistema jurídico relacionado con la declaratoria de inviabilidad para la prestación de los servicios en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida en forma unánime. Por lo tanto, los acuerdos se declaran firmes.

El doctor Villalobos Castañeda, el doctor Umaña Montoya y las doctoras Solano y Núñez se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el doctor Gilberth Arias Núñez, el licenciado Rodolfo Morera Herrera y la licenciada María del Rocío Amador Herrera, funcionarios de la Gerencia Médica.

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

ARTICULO 29°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5421-2016, fechado 12 de febrero del año 2016, firmado por la Gerente Médico, que en adelante se transcribe en forma literal y mediante el que se presenta el Informe Gestión Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica procede a presentar el Informe de Gestión del Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México, elaborado por la Comisión de análisis conformada por la Gerencia Médica.

ANTECEDENTES

1. La Gerencia Médica mediante oficio GM-AJD-34899-2015 del 19 de agosto del 2015 procedió a conformar una Comisión de análisis de Gestión del Programa de

Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México, estando conformada por las siguientes personas:

- a. Dr. Gilberth Arias Núñez. Unidad Técnica de Listas de Espera
 - b. Lic. Rodolfo Morera Herrera. Gerencia Médica
 - c. Licda. María del Rocío Amador Herrera. Gerencia Médica
 - d. Lic. Allan Calderón Alfaro. CENDEISSS
2. La Junta Directiva, en el artículo 17º de la sesión Nº 8800, celebrada el 10 de setiembre de 2015, acordó, en lo que interesa:

“ARTICULO 17º

Por tanto, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-33962-2015, fechado 20 de agosto del año 2015, firmado por la señora Gerente Médico, que contiene el informe sobre la capacidad instalada del Centro de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar (se atiende lo resuelto en el artículo 10º de la sesión N°8775), que en adelante se transcribe, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO:

La Gerencia Médica presenta el informe sobre el estudio de capacidad instalada del Centro de Trasplante Hepático a la luz de la adaptación de los requerimientos de la población, elaborado por equipo intergerencial, representado por el Dr. Marvin Enrique Agüero Chinchilla, coordinador técnico del Programa Institucional de Regulación de Donación y Trasplante.

ANTECEDENTES

1. *La Junta Directiva mediante el Acuerdo Cuarto tomado en el Artículo 10 de la sesión No. 8775 del 07 de mayo del 2015 que a la letra señala:*

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

ACCIONES

1. *La Gerencia Médica procedió mediante oficio N° GM-SJD-7498-2015 de fecha 08 de junio del 2015, solicitar a la Coordinación Técnica del Programa Institucional de Donación y Trasplante y al Equipo Intergerencial que desarrolló el Modelo de Gestión aprobado; iniciar las acciones correspondientes para el*

cumplimiento de lo solicitado en el Artículo 10 de la sesión No. 8775 del 07 de mayo del 2015 por Junta Directiva.

2. *El Dr. Marvin Enrique Agüero Chinchilla, Coordinador técnico del Programa Institucional de Regulación de Donación y Trasplante y en representación del Equipo Intergerencial, presenta el estudio sobre la capacidad instalada del Centro de Trasplante Hepático, mismo que se adjunta”,*

una vez realizada la presentación sobre el del estudio de la capacidad instalada del Centro de Trasplante Hepático a la luz de la adaptación de los requerimientos de la población, por parte del doctor Marvin Agüero Chinchilla, Coordinador del Programa Institucional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva ACUERDA: (...) 3) Instruir a la Gerencia Médica para que, en un plazo de seis meses, presente ante la Junta Directiva el informe de la Comisión que se conforme al efecto, por parte de esa Gerencia.”

ACCIONES

1. Informe de Gestión del Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México, elaborado por la Comisión de análisis conformada por la Gerencia Médica, mismo que se adjunta.
2. Es importante señalar que la Gerencia Médica mediante oficio GM-AJD-53662-2015 de fecha 03 de diciembre del 2015 procedió a la Auditoría Interna el Informe realizado por la Comisión conformada al efecto a fin de que se realice la investigación que corresponda.

RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO

La Gerencia Médica una vez realizada la presentación por la parte de la Comisión de análisis sobre el Informe de Gestión del Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México, recomienda a la Junta Directiva:

1. Dar por recibido el informe presentado por ésta Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-5421-2016 del 12 de febrero del 2016, así como dar por atendido lo instruido en el artículo 17° de la sesión N° 8800”.

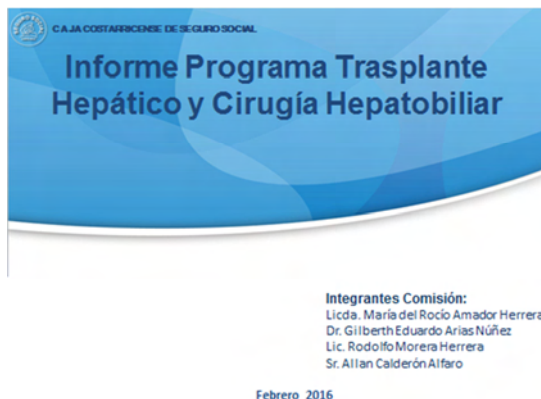
La señora Presidenta Ejecutiva indica que este es el informe de Gestión del Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar del Hospital México el cual fue solicitado por parte de la Junta Directiva.

La doctora Villalta Bonilla señala que, como lo indicó la doctora Sáenz Madrigal, para revisar la gestión del Programa de Trasplante se creó una Comisión, por parte de la Gerencia Médica,

conformada por el Dr. Gilberth Arias Núñez, de la Unidad Técnica de Listas de Espera, el Lic. Rodolfo Morera Herrera, de la Gerencia Médica, la Licda. María del Rocío Amador Herrera, de la Gerencia Médica y el Lic. Allan Calderón Alfaro, del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Enfatiza en que el estudio es para conocimiento de la Junta Directiva, debido a que se tomaron algunas acciones, en cuanto a algunas debilidades que se determinaron y fueron comunicadas al Director del Hospital.

La presentación está a cargo del doctor Navarro Correa, con base en las siguientes láminas:

1)



2) Justificación:

GM-AJD 34899-2015, del 19-08-15:

- Gerencia Médica conforma Comisión de Análisis PTHCH. Período estudio: 2005-2014

- Gestión Clínica.
- Gestión Administrativa.
- Condición actual.

3) Gestión clínica.

4)

PTHCH, Trasplantes realizados en HNN, HSJD y HM. 2005-2014				
Año Cx	De 0 a 12 años	De 13 a 19 años	De 20 a 64 años	Total
2005	7	3		10
2006	4	2	3	9
2007	5	1	5	11
2008	4	1	3	8
2009	3	1	3	7
2010	1		2	3
2011	1	1	6	8
2012			2	2
2013		1	5	6
2014		1	5	6
Total	25	11	34	70

Fuente: Elaboración propia a partir de datos entregados por la Coordinación Nacional de Trasplantes.

5)

PTHCH, Pacientes trasplantados fallecidos, según grupo etario y tiempo de sobrevida. 2005-2014

Tiempo sobrevida	0 a 12 años	13 a 19 años	20 a 64 años	Total	Porcentaje
Menor 1 mes	3	2	12	17	50,0%
1 mes a 1 año	3		5	8	23,5%
1 año a 2 años	4			4	11,8%
3 a 4 años		1	1	2	5,9%
4 a 5 años	1			1	2,9%
Mayor 5 años		1	1	2	5,9%

Total 11 4 19 34
 Fuente: Elaboración propia a partir de datos entregados por la Coordinación Nacional de Trasplantes y datos extraídos de la base de datos de fallecidos del TSE.

6)

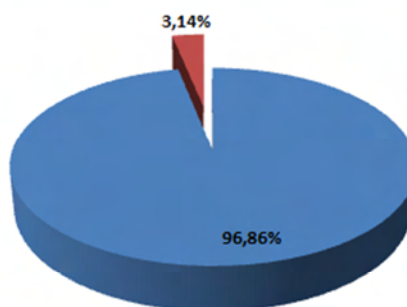
PTHCH, Cirugías realizadas por semestre según turno. 2013-2014

Semestre	III-Turno	II-Turno	I-Turno	Total
I semestre 2013	10	1	93	104
II semestre 2013	4		101	105
I semestre 2014	4	3	79	86
II semestre 2014	4	4	79	87
Total	22	8	352	382
Porcentaje	6%	2%	92%	100%

Fuente: Creación propia a partir de datos aportados por la unidad.

7)

PTHCH, Cirugías realizadas según tipo. 2013-2014



■ Cx hepatobiliar ■ Trasplantes

Fuente: Creación propia a partir de datos aportados por la unidad.

8)

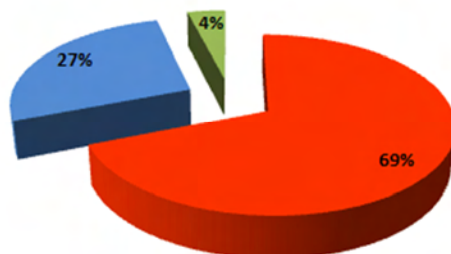
PTHCH. Presupuesto ejecutado (en millones de colones) según modalidad de tiempo

Año	Disponibilidades	Guardias Médicas	Extras Médicas	Trasplantes realizados
2007	89	8,5	20	11
2008	100	16	24,8	8
2009	86	15	7,3	7
2010	164	47,6	8	3
2011	140	60	2,3	8
2012	173	98	6	2
2013	206	118	2,6	6
2014	208	102	3,6	6
Total	1166	465,1	74,6	51

Fuente: Auxiliares Mayores Asignaciones Presupuestaria 2007 – 2014

9)

PTHCH. Presupuesto de tiempo extraordinario ejecutado (en porcentaje) según modalidad .



■ Disponibilidades ■ Guardias Médicas ■ Extras Médicas

Fuente: Auxiliares Mayores Asignaciones Presupuestaria 2007 – 2014

10)

PTHCH, Diagnósticos atendidos durante las disponibilidades, en la especialidad de Cirugía. 2012-2014

Diagnóstico principal	Año			Total	Porcentaje
	2012	2013	2014		
Trasplante hepático	44	24	51	119	13%
Carcinoma de células hepáticas	55	32	20	107	12%
Enfermedad de hígado no especificada	18	32	20	70	8%
Trastorno del metabolismo del cobre	9	30	8	47	5%
Tumor maligno de hígado no especificado	10	25	11	46	5%
Insuficiencia hepática no especificada	18	7	12	37	4%
Hemorragia gastrointestinal no especificada	10	6	4	20	2%
Otros	113	266	89	468	51%
Total	277	422	215	914	100%

Fuente: Creación propia a partir de datos de la ADIM aportados por la unidad.

11)

PTHCH, Diagnósticos atendidos durante las disponibilidades, en Anestesiología. 2012-2014.

Diagnóstico Anestesia	Año			Total	Porcentaje
	2012	2013	2014		
Carcinoma hepático y vías biliares	53	6	62	121	35%
Trasplante hígado	9	2	12	23	7%
Enfermedad de hígado no especificada	8	6	8	22	6%
Enfermedad de vías biliares	9	7	6	22	6%
Tumor maligno de colon y recto	19	5	2	26	8%
Donante de hígado	0	4	1	5	1%
Tumor maligno de páncreas	2	3	2	7	2%
Otros	54	20	42	116	34%
Total	154	53	135	342	100%

Fuente: Creación propia a partir de datos de la ADIM aportados por la unidad.

12)

PTHCH, Pago por atenciones brindadas durante las disponibilidades, en Cirugía y Anestesiología. 2012-2014.

Año	Atenciones			Presupuesto	Pago por atención dispon
	Cirugía	Anestesia	Total		
2012	277	154	431	€173.000.000,00	€401.392,11
2013	422	53	475	€206.000.000,00	€433.684,21
2014	215	135	350	€208.000.000,00	€594.285,71
Total	914	342	1256	€587.000.000,00	€467.356,69

Fuente: Creación propia a partir de datos de la ADIM aportados por la unidad y presupuesto.

13)

Consulta externa y cirugía

- Duplicidad funciones entre Servicio de Cirugía General HM y PTHCH.
- No se cuenta con análisis de referencia y contra referencia.
- Se cuenta con protocolos y guías de atención propios.
- Listas de espera no contienen los parámetros establecidos institucionalmente.

14)

Centro de bajo volumen –13 y 43 trasplantes hepáticos al año- C.R. promedio se realizan 7.

- Concentración de la experiencia acumulada.
- Uniformidad en la atención del pre, trans y postrasplantado.
- Gestión financiera pública de mayor eficiencia (jornadas extraordinarias, enfoque personal, insumos y materiales).
- Única lista de espera (uniformidad en los criterios de ingreso, igualdad de condiciones a la población).
- Menor riesgo de Burn Out (cobertura en las jornadas extraordinarias).
- Facilidad en la oficialización e implementación del protocolo de trasplante.

15)

PTHCH, Despacho de cupones de farmacia. 2014- Set 2015.

AÑO	RECETAS ANUALES	RECETAS MENSUALES	RECETAS DIARIAS	Pacientes / día (Promedio 3 cupones)
2014	10.526	877	39,9	13,3
A set. 2015	7.816	868	39,5	13,2

Fuente: Base de datos Sistema Integrado de Farmacias (SIFA)

Nota: El PTHCH cuenta con una regente farmacéutica y un técnico de farmacia 1

Refiere el doctor Arias Núñez que con base en el oficio N° GM-AJD 34899-2015, del 19-08-15, la Gerencia Médica conformó la citada Comisión. Se revisaron básicamente tres aspectos, la gestión clínica, administrativa y la condición actual del Programa, el documento fue extenso, pero en la presentación se hizo un resumen de los puntos más relevantes. En cuanto a la gestión clínica, se observó que desde el año 2005 al año 2014, período que comprende diez años, se realizaron 60 trasplantes, por el Programa en el Hospital Nacional de Niños, uno o dos casos en el Hospital San Juan de Dios y otros en el Hospital México. Señala que es importante mencionar que en diez años, 60 trasplantes representan siete por año. En relación con los pacientes fallecidos, se tiene que en menos de un mes pos trasplante, falleció el 50% de los pacientes, dentro de un mes y un año, falleció el 23% de los trasplantados, de uno a dos años el 11% y en más de cinco años el 5.9% de los pacientes trasplantados.

Interviene el Director Alvarado Rivera y señala que para próximas y futuras presentaciones, el porcentaje sobre vida sea comparativo respecto de algún aspecto, porque el dato de esa forma no

está indicando un valor agregado a la información. Conoce que el Programa tiene un protocolo muy estricto y en ese sentido, sugiere que se realice una comparación con otros centros de trasplantes que tienen éxito o no. Entonces, lo que le gustaría conocer es la comparación con otros centros de trasplantes a nivel internacional y sean de un elevado prestigio. Lo que permitirá determinar una relación de la efectividad que la Institución tiene, porque le parece que sería injusto, indicar que ese 50% no es un éxito, dado que a lo mejor internacionalmente, significa que se está en la media o por encima. Por lo anterior le gustaría tener claridad del tema, porque le preocupa que se realice una crítica no constructiva, ya que no se tiene completa la información.

En este aspecto, indica el doctor Arias Núñez que la literatura internacional, compara sobrevida y para esos efectos, se requieren las limitantes y de acuerdo con la lista de espera, no se está llevando a cabo como corresponde, para documentar estadísticamente lo que es la sobrevida, porque no se logró evidenciar y es el aspecto que es comparable, porque es al que hace referencia la literatura internacional. Por tal motivo no se logró hacer esa comparación con la literatura. Aclara que el informe es para efectos de gestión y no tanto para comparabilidad, porque se tuvo esa limitante en el estudio y así está registrada en la parte del documento.

Sobre el particular, refiere el licenciado Alvarado Rivera que es muy importante, porque se relaciona con el tema de la gestión y el registro de información, de lo contrario no se puede tomar decisiones efectivas sobre lo que se está haciendo, si no se tiene esa información.

Recuerda la doctora Sáenz Madrigal que la Comisión, es un grupo que nombró la Gerencia Médica para revisar el tema de la gestión, con base en una preocupación que se tuvo a finales del año pasado. Hoy se está presentando el resultado de ese análisis y para conocimiento de la Junta Directiva, cabe mencionar que el grupo encontró varias situaciones y al final del informe se están señalando, así como las recomendaciones que se estarían emitiendo, dada la parte de los hallazgos.

Indica el Director Gutiérrez Jiménez que el doctor Arias Núñez, mencionó la cifra de 34 fallecidos, entonces, pregunta si esa cantidad es de los 60 pacientes que se trasplantaron.

Señala el doctor Núñez Arias que para hacer la sobrevida en total, contando los pacientes que aún se encuentran vivos, estadísticamente se ocupan ciertos datos que no están registrados. Esa situación se corrigió y cuando se realizó el análisis, se emitieron varias recomendaciones que se fueron realizando sobre la marcha.

Pregunta de nuevo el licenciado Gutiérrez Jiménez, si los 34 fallecidos corresponden a la lista de los 60 trasplantes realizados.

Responde el Dr. Arias que así es.

El Director Devandas Brenes pregunta si, por ejemplo, los pacientes que sobrevivieron más de cinco años, puede ser que hayan vivido o estén viviendo 20 ó 25 años, porque se está indicando que han sobrevivido más de cinco años.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que cuando se realizan estudios de sobrevida, como ilustración, en el tema del cáncer o intervenciones de naturaleza críticas, es muy importante el tema del

período, en la presentación se hace referencia del año 2005 al año 2014, esas personas que sobrevivieron más de cinco años, puede ser que fueran operadas en el año 2005, pero definitivamente si sobrevivieron más de cinco años, no fueron operadas en el año 2014. Este tema de la temporalidad es bueno tenerlo muy claro, porque al final se empieza acumular el paciente trasplantado que sobrevivió el primer año, porque se le suma al que se operó en el segundo año y sigue vivo, es decir, se va sumando y acumulando el tiempo.

Señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que esa información es significativa, para que se tenga toda la información global, relacionada con las estadísticas.

Pregunta el Dr. Devandas Brenes si para el estudio se cuenta con algún indicador internacional, porque cómo se determina que el resultado de los trasplantes es satisfactorio o no, o es porque se está comparando con esos indicadores.

Por su parte, el Director Loría Chaves manifiesta que necesita tener claridad de la situación de las personas operadas con trasplante hepático, si después de la operación la mitad de las personas que fallecieron, fue en menos de un mes de haber sido trasplantada.

Recuerda el doctor Arias Núñez que se operaron 60 pacientes, de los cuales se encontró 34 con dictamen de defunción y de esos 34 pacientes que fallecieron, la mitad falleció en menos de un mes del trasplante.

Señala el Director Loría Chaves que es un dato significativo, porque indica que la posibilidad de sobrevivencia, según las estadísticas es el 25%.

El Director Barrantes Muñoz interpreta que alrededor del 50% de todos los operados en ese período, están vivos.

Continúa y señala el doctor Arias Núñez que dentro de las cirugías que hace el Programa, cuántas se realiza en el tercer turno, cuántas en el segundo y cuántas en el primer turno. Por ejemplo, se determinó que el 92% de las cirugías, se realizan en el primer turno, es un dato interesante, principalmente cuando se presentará lo que se trabaja en las modalidades de tiempo ordinarias y extraordinarias. Destaca que el 96.86% corresponde a cirugía hepatobiliar y, además, está incluida la enfermedad de cáncer y el 3.14% son cirugías de trasplante.

Respecto de una pregunta del señor Loría Chaves, tendiente a conocer cuál es la cirugía programada, responde la señora Presidenta Ejecutiva que es el trasplante, los cuales son programados en el entendido que se hace una lista de priorización y se conoce quién va a estar en la lista. No obstante, lo que no se conoce es si el trasplante se va a realizar el lunes o el martes, por ejemplo, mientras que las otras cirugías que son programadas, se pueden agendar uno, dos o tres meses antes. La programación depende del donante por un lado y por otro, más bien, de la gravedad o severidad de la enfermedad.

Señala el señor Loría Chaves que lo que son trasplantes hechos del total del universo del período comprendido de los años 2005 al 2014, va por alrededor del 3%.

Señala el Dr. Arias que de cada tres pacientes que se operan, 3,15% recibieron un trasplante, el otro 96.86%, es decir, por cada 100 pacientes, tres corresponden a trasplante. Por ejemplo, se realizaron 200 y de esas se realizaron seis trasplantes y el resto son cirugías de otra naturaleza.

Pregunta el Dr. Devandas Brenes si el número de trasplantes depende de la demanda de trasplantes, no se podría indicar que solo se realizó un trasplante y que la producción fue insatisfactoria, porque solo uno se necesitaba; o sea, no es un problema de demanda no cubierta, esa es su inquietud.

Aclara el doctor Arias Núñez que el número de trasplantes, depende de la oferta de órganos.

Señala el doctor Devandas Brenes si es de la necesidad de hacer el trasplante y depende la oferta del donante; es decir, no se puede tener definido un indicador de productividad, como un indicador de resultados.

Continúa el Dr. Arias y señala que en cuanto al comportamiento en el gasto del tiempo extraordinario, se tienen las disponibilidades, las guardias y extras médicas, los montos se están presentando en millones de colones, por ejemplo, la mayor parte se asigna a disponibilidades, posteriormente, guardias médicas y por últimas extras médicas. El monto total del período es de mil ciento sesenta y seis millones de colones del período que se abarcó. Comparando esa información con los trasplantes que se realizaron cada año, se tiene que el pago en disponibilidades abarcó el 69% del presupuesto del tiempo extraordinario, el 27% corresponde al pago por guardias médicas y las extras médicas el 4%. En relación con las disponibilidades, siendo el tema que más se ha discutido, por ejemplo, durante las disponibilidades se hace un reporte del paciente que se valora. En el caso de cirugía durante el período 2012-2014, el 13% fueron de pacientes trasplantados, el 12% de problemas hepáticos de tipo carcinomas y otros diagnósticos, cuyo rubro comprende el 87% y el 13% de pacientes trasplantados. En el caso de anestesiología, el 7% de las evaluaciones durante las disponibilidades correspondieron a pacientes con trasplante y el 93% correspondía a otros tipos de diagnóstico. El costo de cada atención desde el punto de vista de disponibilidad, para un promedio alrededor de cuatrocientos sesenta y siete mil trescientos cincuenta y seis colones con sesenta y nueve céntimos. En cuanto a la parte de consulta externa y cirugía, dentro de los hallazgos más relevantes se encontró una duplicidad de funciones referente al Servicio de Cirugía General del Hospital México y el Programa de Trasplantes porque habían pacientes; por ejemplo, que ocupan una cirugía hepatobiliar que tanto esa situación de salud es atendida en el Hospital México como el Centro de Trasplante. Por otro lado, no se contaba con un análisis de referencia y contrareferencia, porque se tiene bien establecidos los protocolos y las guías de atención del mismo centro, lo cual corresponde a un hallazgo positivo. Por otro lado, un aspecto preocupante es que la lista de espera, no contenía los parámetros establecidos institucionalmente, por lo que se dificulta realizar ciertos análisis como mortalidad, para que sea comparable con otro sistema de salud. Esa situación se corrigió e, inmediatamente, se empezó a actualizar la información y se ingresó en el sistema informático que tiene el Hospital México. Aclara que ese es un aspecto que estaba en vía de solución, para completar este aspecto y poder realizar un análisis más fijo y detallado de la información. Menciona que se realizó una revisión de los estudios internacionales, como ilustración, en Alemania, Chile y otros países, se hace referencia de que un centro de trasplantes para que tenga éxito, debe ser dividido en bajo, mediano y alto volumen. El centro de bajo

volumen debe realizar entre 13 y 43 tres trasplantes por año, para que se logre concentrar la experiencia, se tenga el “expertice” al día y es la garantía del éxito del trasplante.

Respecto de una pregunta del Dr. Devandas Brenes, tendiente a conocer si en este momento se están realizando trasplantes, en otros hospitales responde el doctor Arias Núñez que sí.

Añade la doctora Villalta Bonilla que el otro Hospital autorizado es el Calderón Guardia, donde se está reiniciando la práctica de los trasplantes, porque el año pasado, entre otros aspectos y dado el modelo de pago no se realizaron.

Refiere el doctor Devandas Brenes que la pregunta se enfoca en ese aspecto, si se indica que no se hicieron, 13 trasplantes pero se pudieron haber hecho 40, pero cuando se presenta la información de esa manera, la imagen que le queda es que el Centro es ineficiente.

Recuerda la señora Gerente Médico como importante que modelo del trasplante, se está reordenando porque no se tenían registros de las listas de espera. Por otro lado, el Centro de Trasplantes era el único que tenía definido el modelo de pago y la Unidad Programática y, además, el tema de trasplantes se judicializó porque se presentaron varios recursos de amparo, los cuales le dieron potestad a ese Centro y, luego, como el Hospital era desconcentrado en el año 2012, el contencioso le devolvió el control al doctor Montero, Director del Hospital Médico. Actualmente, se está revisando un modelo institucional y se está tratando de reordenar y determinar cómo insertar este, dentro de los otros modelos porque este está funcionando diferente, dado que ha habido acuerdos de la Junta Directiva, así como procesos judiciales. En este momento, hay que diferenciarlos ya que se autorizó a los Hospitales Calderón Guardia, México y al Nacional de Niños, hacer trasplantes hepáticos.

El Director Loría Chaves manifiesta requerir más información, por ejemplo, pregunta la cantidad de trasplantes que se han realizado en el Hospital Calderón Guardia, porque en la prensa se ha indicado de una forma incorrecta, que la Caja quiere cerrar el Centro Hepático y, además, así lo han reiterado los diversos sectores. En ese sentido, le produciría satisfacción que se haga una comparación, por ejemplo, se indica que el Hospital Calderón Guardia hace la mitad de lo que realiza el Hospital México, en ese sentido, se da una idea de cómo está la situación, pero si se indica que el Hospital Calderón Guardia, hace más que el Hospital México se está presentando otro panorama. Repite, dado lo anterior le produciría satisfacción conocer la situación.

La doctora Sáenz Madrigal entiende la preocupación de que el tema se presente más completo y recuerda como importante, que cuando en el mes de diciembre del año pasado, se presentó el tema del Modelo de Pago para el Centro de Trasplantes, lo que se le solicitó a la Gerencia Médica era que hiciera y presentara un análisis de este Centro. Además, en el año 2015 los Hospitales Calderón Guardia, ni el San Juan de Dios, hicieron trasplantes y en el año 2015, se reinició trasplantes pediátricos en el Hospital Nacional de Niños. Entonces, para hacer la comparación, no se tienen datos similares, porque, prácticamente, el único Centro de Trasplantes que estaba autorizado y al cual se le autorizó un modelo de pago diferenciado, era el Centro Hepático.

Por su parte, al licenciado Alvarado Rivera le parece que la efectividad de los trasplantes, se relaciona con la sobrevida y no, necesariamente, con la cantidad de trasplantes, porque se pueden realizar muchos, pero si el paciente fallece no se está alcanzando del objetivo. Entonces, se

traslada el tema para determinar el costo-beneficio de los trasplantes, se tiene que es un Centro de un elevado costo realizando trasplantes porque, eventualmente, los pacientes fallecen, ese es el aspecto que le interesa conocer. Se tiene muy claro el panorama que hace falta información y datos y no se puede terminar ese aspecto, teniendo un verdadero criterio porque; repite, no se tiene la información. Le parece que hay que implementar el mecanismo de información que permita ir avanzando en la toma de decisiones y desde ese punto de visto, al haber encontrado falencias para poder dar información válida, que permita tomar decisiones, estima que el ejercicio está bien direccionado. Sin embargo, considera que se tienen que apresurar y presionar para que, realmente, se logre acumular la información de manera correcta.

Señala doctor Arias Núñez que de acuerdo con la información que se tiene a nivel internacional, se está haciendo referencia de que los Centros de bajo volumen, realizan 13 trasplantes y en ese sentido, es importante valorar que Costa Rica apenas da para un Centro de esa naturaleza.

Al respecto, indica don Renato Alvarado que se si se compara con centros internacionales especializados, donde se tiene la infraestructura, exclusivamente, para trasplantes; en el Hospital México hay un departamento, no es un Centro especializado aunque se le indica Centro Especializado, pero primero es un tema de inocuidad de seguridad del paciente entre otros aspectos, porque está inmerso en el Hospital y se tiene una lógica distinta, al tener un centro especializado. Entonces, le parece que se debe tener cautela, al realizar comparaciones de esa naturaleza, porque no se pueden comparar aspectos no comparables.

Aclara el doctor Arias Núñez que es importante comparar el volumen, para mantener ese “expertice”, y es importante que se realice un número determinado de trasplantes por año. Siendo una de las observaciones realizadas, para determinar qué ventaja podría tener el hecho de tener un centro a nivel nacional, para trasplante hepático porque conllevaría a una concentración de la experiencia acumulada y la curva de aprendizaje, dado que ese aspecto es muy importante. Lo anterior permitiría que se tenga una uniformidad en la atención del pre, trans y postrasplantado en una sola unidad, así como una gestión financiera pública de mayor eficiencia, porque las jornadas extraordinarias, el enfoque personal, los insumos y materiales se concentrarán en un solo centro. Otra de las ventajas es que haya una única lista de espera y la uniformidad en los criterios de ingreso, así como igualdad en las condiciones para la población, por ejemplo; además, si se tiene una lista de espera en el Hospital México y otra en el Calderón Guardia, cuál va a tener prioridad.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación sobre la discusión que se está planteando, porque se ha tenido innumerable cantidad de veces. Lo indica, no tanto para los nuevos Miembros de la Junta Directiva sino para los técnicos y las personas que tiene esa responsabilidad, porque en algún momento se hizo referencia de que se tienen definidos varios centros para realizar los trasplantes y le parece que debe existir solo uno.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que lo indicado por el doctor Arias Núñez, es en términos de que los parámetros internacionales, cuando se hace referencia de esa concentración de volumen, lo que pretende es presentar, como ejemplo, la experiencia. En esta Junta Directiva se aprobó un Plan Nacional de Trasplantes, se ha definido quienes son los receptores, los donantes, es decir, es un informe dirigido al tema del trasplante hepático o al Centro de Trasplante Hepático,

únicamente, porque la Junta Directiva solicitó un informe de esa naturaleza y cuando se presentó el Plan fue aprobado.

El licenciado Gutiérrez Jiménez señala que la Unidad que existía, tenía una serie de particularidades, por ejemplo, un cuarto aparte, medicamentos por separado, es decir, la Unidad contaba con una serie de virtudes, las cuales no se puede desconocer de ese Centro y que no, necesariamente, los donantes las tenían, para hacer las prácticas tan aceleradas u oportunas como se quisiera, porque es un problema de la generación de los donantes, lo cual se ha mejorado mucho. Le parece que se tiene mucha tarea que hacer, pero insiste que el Centro como tal, tiene una serie de virtudes, de las cuales se debe aprender, porque indicar que del todo no funcionaba el Centro, le parece que no es cierto.


Continúa el doctor Arias Núñez y en cuanto a farmacia refiere que, básicamente, la producción anual de recetas da un promedio de 87 mensuales, para un promedio de 39.9 diarias, siendo un promedio de 13.3 pacientes por día, con base en los datos suministrados por el Sistema Integrado de Farmacias (SIFA), esa información es de la farmacia del Centro de Trasplante.

Prosigue el licenciado Morera Herrera y se refiere a la gestión administrativa, con base en las siguientes láminas:

16) Gestión administrativa.

17)

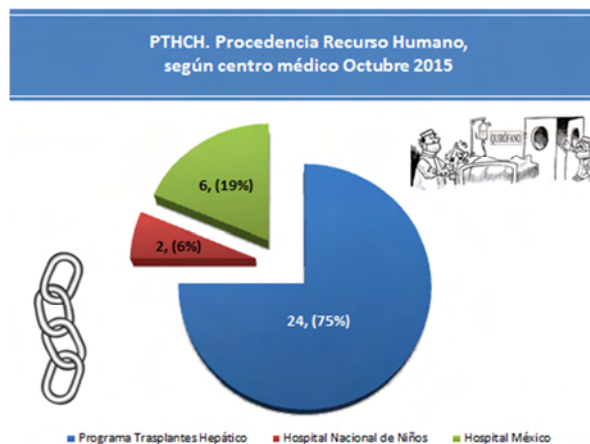
Acuerdos Junta Directiva



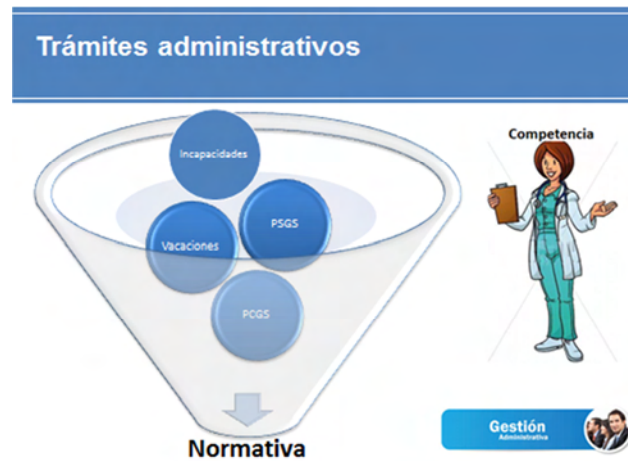
Art. 8, sesión 7884, 28-08-2004:
 "Aprobar la constitución de una unidad programática -con recursos propios- para la gestión de trasplantes de hígado (...)"

Art. 22, sesión 7958, 19-05-2005:
 "Acuerdo primero:
 Dejar sin efecto el acuerdo adoptado en el artículo 8º de la N°7884, donde se instruyó a la Gerencia de División Financiera la conformación de una nueva unidad programática a efecto de ejecutar el programa de trasplantes de hígado (...)"

18)



19)



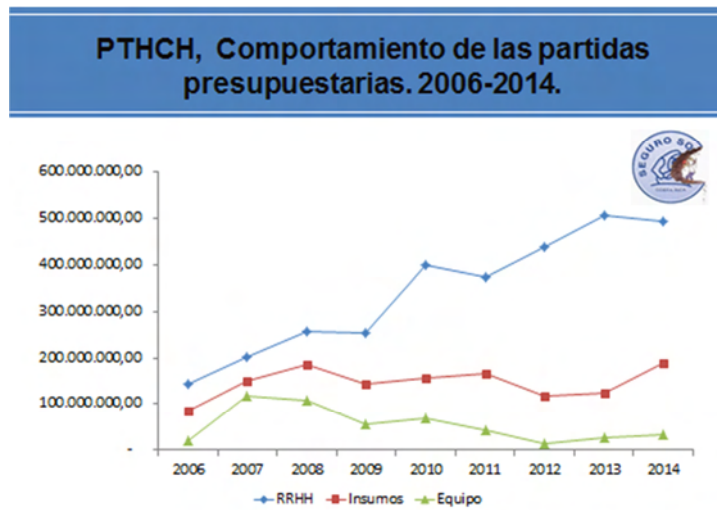
20)



21)



22)



23)



24)



25)

Cláusulas contratos arrendamiento 5-2013

En caso de remodelación al local el contrato indica:

“ (...) Las mejoras y modificaciones quedarán dentro del inmueble una vez finalizado el contrato sin ninguna retribución económica por parte de la arrendante, excepto las desprendibles que la Caja podrá retirar (...)”

Incluye clausula tiempo indefinido.

26)



27)



28)

Instalación Hospital


- 
Servicios Apoyo (Lab. Clínico) y Banco Sangre
- 
Consulta Externa
• Dos consultorios, Lunes tarde
- 
Cirugía
• (1/2) Martes y Viernes
- 
Hospitalización
• 4 Camas+ UCI
- 
Hospital de Día
• Pacientes que sean requeridos

29)

Otros Hallazgos importantes

Gestión Administrativa:

- PTHCH no se ha integrado de manera funcional al Hospital México
- Vacaciones Dra. Matamoros y Dr. Garbanzo se tramitan en HNN
- Criterios de UGRH pueden generar confusión
- Falta coordinación
- Especialistas en otros centros
- Infraestructura no responde a requerimiento



Aclara el licenciado Morera Herrera que lo realizado es un diagnóstico al Programa de Trasplantes, no es un estudio de los trasplantes del país. En ese sentido, se revisó el Programa de Trasplantes, cómo funciona y cuáles son los recursos con los que se cuenta. Bajo esas premisas, se indagó un poco y dentro de los elementos más relevantes se encontró, que la Junta Directiva en el año 2004, aprobó la constitución de una unidad programática, a la cual se le asignaron recursos propios para la gestión del trasplante. Además, para ese entonces, la Junta Directiva también indicó que iba a crear un equipo director, pero en ningún momento indicó que iba a asignar un director, sino un equipo director constituido por determinados especialistas, los cuales se encargarán de convocar a los especialistas de todos los hospitales, para organizar el tema de trasplantes. Como antecedente se tiene el entorno institucional y recuerda que el 2004, en la Institución se presentó una situación particular, se produjeron cambios de autoridades y como consecuencia, para el año 2005, la nueva Junta Directiva tomó la decisión, en términos de que “un momento, un paso atrás” y dejaron sin efecto el acuerdo del año 2004, relacionado con la conformación de la unidad programática, a la cual desde el año 2005 se le ha asignado más de

mil millones de colones por año. Se conoce que desde el punto de vista administrativo y de derecho, la Junta Directiva es la máxima autoridad en esta Institución; sin embargo, al día de hoy esa unidad programática que se conformó, aún tiene presupuesto y es ejecutado, es decir, más de mil millones de colones por año.

Comenta el Director Gutiérrez Jiménez que en ese año 2005, no formaba parte de la Junta Directiva e, indicar, que hay mil millones de colones concedidos para una unidad programática que, eventualmente, no existe, pero en este momento existe, porque se le están asignando los recursos presupuestarios por mil millones de colones y, además, está adscrita al Hospital México, le preocupa.

Aclara el licenciado Morera Herrera que no se logró localizar otro acuerdo de la Junta Directiva, pero a esa unidad programática se le ha asignado recursos año tras año. En ese sentido, se encarga de ejecutar el presupuesto, realiza compras y tiene asignación de plazas, es decir, en el nivel práctico si existe, pero en un acuerdo del Órgano Colegiado es otro punto y la información que se logró localizar, está disponible. La unidad programática asignada al Programa de Trasplantes, tiene 23 códigos pero hay realizados 24 nombramientos, porque uno de ellos, se incorpora a la anualidad de cadena de libres. Sin embargo, esa situación venía desde años atrás y cuando se generó el informe de la Auditoría, recomendó que no se realizaran más nombramientos de cadena libres. En este momento, lo que interesa acreditar es cómo funciona con veinticuatro funcionarios, los cuales se relacionan directamente con esa unidad programática, con dos funcionarios o códigos provenientes del Hospital Nacional de Niños y son los dos médicos asistentes especialistas que lideran el programa y, repite, son plazas del Hospital Nacional de Niños. Por otra parte, a través de la cooperación, la colaboración y el apoyo del Hospital México, se asignaron cinco códigos y también hay seis nombramientos, porque existe otra modalidad de cadena de libres, pero todos esos aspectos son relativos e, inclusive, es previo al informe de la Auditoría en el que se indica que no más cadenas de libres. Por otra parte, si se analiza la información y se asocia con los costos, es decir, el costo del Programa para la sobrevivencia, es muy difícil determinarlo, porque se requiere conocer el presupuesto de la unidad programática asignada al Programa de Trasplantes, por ejemplo, cuánto cuestan los especialistas del Hospital Nacional de Niños, el personal adscrito y que pertenece al Hospital México y, además, todo el personal de apoyo que se da en el bloque quirúrgico, no pertenece al programa porque depende del Hospital México; aunque las camas son administradas en el Centro. Desde el punto de vista de estadística, en cuanto al costo, destaca que el costo y la estancia dentro del Hospital México no son del Programa. Entonces, el día de mañana cuando se quiera conocer cuál es el costo de un trasplante, le parece que a la Unidad de Costos se le dificultaría mucho, porque van a tener un problema por resolver. Aclara que desde el punto de vista administrativo, en los veintitrés códigos que tiene el Programa, no tiene un código de director, porque no fue lo que solicitó la Junta Directiva, tampoco cuenta con un código de administrador. Sin embargo, las personas que están destacados en el Programa, desempeñan esos papeles. Por otro lado, las incapacidades, las vacaciones, los permisos con o sin goce de salario que se han tramitado durante ese tiempo, han cumplido con la normativa institucional, desde el punto de vista de procedimientos, pero en este momento, desde el punto de vista de competencia, no se podría indicar que eran las personas a las que les correspondía firmar los documentos. Por otra parte, en el año 2009 la Auditoría Interna realizó un informe específico para el Centro de Trasplantes, el Informe N° ASS-129-R-2009, el cual cuenta con doce recomendaciones y a la fecha quedan pendiente de cumplir tres, por saber, la número uno hace referencia de un estudio

técnico de disponibilidad de anestesia, mismo que fue abordado mediante de las nuevas modalidades de pago, podría ser que se esté por cumplir esa parte. La recomendación número tres, se refería al estudio de clima organizacional, el estudio fue en el año 2009 y a la fecha no se cuenta con ese análisis. La recomendación relacionada con el traslado de las plazas correspondiente a los médicos especialistas G2, del Hospital de Niños a la unidad programática del Programa de Trasplantes, transcurrió este año y aún no es una realidad. En cuanto al presupuesto, la unidad programática formula, plantea las modificaciones presupuestarias, ejecuta el presupuesto y todos esos procesos se hacen directamente con las Oficinas Centrales y la Dirección del Hospital México no interviene, no emite avales ni vistos buenos. Desde el punto de vista del Plan Anual Operativo, sucede lo mismo, salvo el año anterior, que las autoridades del nivel central, indicaron que el Programa de Trasplante formaba parte del Hospital México y si los trámites y la documentación no contenían la firma del Director del Hospital México no se aceptaban. En relación con el tema de contratación administrativa, en el año 2009 la Gerencia de Logística envió una circular, e indicó cuáles eran las unidades ejecutoras autorizadas a comprar o realizar procedimientos de contratación y no incluyeron la unidad programática del Programa de Trasplantes. En este momento, la unidad programática se adhiere a las pautas del Hospital México. Este Hospital desde el año 2009 ha participado en los procesos de contratación que promueve el Centro de Trasplantes, entonces, la decisión inicial estaba firmada. Referente al mantenimiento e infraestructura, es complicado porque se tiene un inmueble, el cual en realidad es un área reacondicionada, en las cercanías del Hospital México y desde el punto de vista de hospitalización, se encuentra en el séptimo piso del Hospital México y les facilitan algunos consultorios de Consulta Externa. En cuanto a la logística, hace falta más coordinación, se quiere hacer una buena gestión pero si no se coordina, en ocasiones no se logra concretar, por ejemplo, se hizo una pequeña remodelación para adaptar una puerta y no le comunicó a los encargados del Hospital y se tenían pacientes internados y con el trabajo, se produjeron ciertos problemas y dificultades, por ejemplo, se produjo una contaminación sónica y polvo, por lo que de haberse coordinado, no hubiera sucedido, en ese sentido, hace falta más de comunicación.

Interviene el licenciado Gutiérrez Jiménez y recuerda que en el año 2006, la Sala Constitucional obligó a la Caja a gestionar de tema de trasplantes, entre los años 2006 y 2007; es decir, en el año 2007, le dio un mandato a la Institución, sobre la desinstitucionalización del Programa y se tomó la decisión de enviarlo al Hospital México. Le preocupa la observación que hizo don Rodolfo Morera, lo cual lo rechaza, no del año 2005 pero si del año 2006, porque se cumple con una orden la de la Sala Constitucional y por esa razón a la unidad programática se le asignaron recursos presupuestarios, se constituyó el Centro y por ende, se ubicó en el Hospital México, dado lo anterior, solicita que en algún momento, se explique el asunto, porque le preocupa la aseveración que hizo el Lic. Morera. Reitera, no conoce el tema en el año 2005, porque no estaba y en el año 2006, existía una orden de la Sala Constitucional que se cumplió, porque fue un mandato de un Voto de la Sala. Le parece que hacer una observación de esa naturaleza es muy delicado y no puede quedar constanding así y quizás los funcionarios que acompañan pueden aclarar, para que quede constanding en actas de esa forma y se pueda continuar.

Al respecto, indica la licenciada Amador Herrera que ella fue quien se encargó de hacer la recopilación de la información y de los antecedentes, incluidos los acuerdos de la Junta Directiva, además del tomado por la Junta Directiva en el mes de mayo del año 2005. Para lo anterior, le solicitaron colaboración a doña Emma Zúñiga en la Secretaría de la Junta Directiva. El acuerdo estaba dirigido a la Gerencia Financiera, en ese momento, se dirigió a esa Gerencia y

preguntó a quién le trasladaron el acuerdo y se le indicó que a la Dirección de Presupuesto. En ese sentido, fue a esa Dirección y se conoció que el Órgano Colegiado emitió una instrucción de atender el acuerdo, pero no se atendió, es decir, en ese sentido no existe ninguna acción, porque en el mes de mayo del año 2005, se habían aprobado las plazas de creación del Programa. Entonces, era como contradictorio, porque la capacitación se dio en el año 2004 y en el 2005 se crearon las plazas y en el mismo mes, se solicitó que se derogara la unidad programática. Enfatiza en que no existe ninguna acción por parte de la Dirección de Presupuesto, respecto del acuerdo. Es cierto, también que a partir del año 2006, una orden de la Sala Constitucional le indica a la Caja que le asignen un lugar y se reactive el Programa de Trasplantes. Es cuando se designa un grupo director, el cual en su momento estaba liderado por el Dr. Gerardo Mora y la Dra. Matamoros, quien venía regresando de Japón. Inicialmente la unidad se estableció en el Hospital de Alajuela, luego en los Hospital Calderón Guardia y San Juan de Dios y, finalmente, en el Hospital México porque era el que, en ese momento, reunía las mejores condiciones. Como se logra determinar, prácticamente la activación y la historia de ese Programa dentro de la Institución, es producto de lo dispuesto por la Sala Constitucional, pero si bien es cierto es una orden, desde el punto de vista de la gestión interna, no existió ningún otro acuerdo de la Junta Directiva, donde se subsanara ese error, porque no se localizó y se dio simultáneamente con la creación de las plazas, es la información que se logró encontrar y se tiene evidencia. Reitera, no existe ningún dato, por lo menos, en cuanto a la fidelidad de esa radiografía, porque no se cuente con un respaldo y no se ha encontrado evidencia.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que, efectivamente, lo que el grupo encontró fue el énfasis del Lic. Rodolfo Morera y ese es un tema, pero de ese aspecto a que no existiera una justificación, que es el tema que lo da la Sala Constitucional, son dos aspectos con elementos jurídicos diferentes.

Por su parte, a don Adolfo Gutiérrez le parece que lo correcto es indicar, porque hay funcionarios que estaban relacionados con el tema, pero no era un asunto, ni era una obligación de la Junta Directiva, porque al Órgano Colegiado se le presentan las plazas y se le indica, por ejemplo, son para tal función, el presupuesto para tal centro, las decisiones de la Junta Directiva se generan de acuerdo con los criterios técnicos y no le correspondía rectificar un acuerdo que era absolutamente administrativo. Recuerda que en los primeros tiempos se decidió administrativamente que el Centro se iba a ubicar jerárquicamente, en los Hospitales San Juan de Dios o Calderón Guardia, si no es que se presenta el tema ante la Junta Directiva, es decir, cuando la Sala Constitucional emitió el Voto, el tema y el acuerdo se presentó con los criterios técnicos y la parte administrativa no corrigió el asunto. El Órgano Colegiado actúa en función de los presupuestos que se le plantearon, las plazas que se le propusieron, los acuerdos y todo de acuerdo con criterios técnicos, jurídicos y, financieros, entre otros aspectos. Lo anterior, porque no quiere que quede en el ambiente que el Centro de Trasplantes existe sin un acuerdo de la Junta Directiva y es en cumplimiento de la Sala Constitucional. Reitera, que en el año 2005 no estaba integrando la Junta Directiva, pero administrativamente si no se corrigió en aquel momento, es que cuando se presentó el asunto en el Órgano Colegiado, fue en cumplimiento de un Voto de la Sala Constitucional con presupuesto, criterios e, incluso, los señores Auditores no indicaron ningún aspecto sobre el particular, porque todo el proceso respondía a criterios técnicos.

Al respecto, el Auditor indica que en el año 2009, se realizó una evaluación del Servicio y así quedó establecida la posición de la Auditoría.

Continúa el licenciado Morera Herrera y anota que desde la parte financiera, si en los dos primeros años de gestión, se dieron dificultades para ejecutar recursos, una vez que los funcionarios adquieren más experiencia, la gestión empieza a mejorar. Se tiene el comportamiento de los materiales e insumos, así como el equipamiento, los cuales se utilizan a través del tiempo. Desde el punto de vista del gasto, aunque no se le ha asignado grandes cantidades de códigos, se dio un crecimiento importante en la partida de servicios personales, porque una parte de esos servicios, se relacionan con las anualidades y el pago de tiempo extraordinario. En materia de compras en el año 2005, el Centro promovió dos compras; recuerda que no empezó a funcionar en el mes de enero del año 2005, porque no contaba con los funcionarios, ni las plazas y poco a poco se incrementó hasta llegar al año 2009, momento en que la Gerencia de Logística, modificó la reglamentación e indicó que el Centro podía realizar las compras, pero por medio del Hospital México y empezó a realizar los procedimientos. El Centro cuenta con una unidad que tiene una persona como encargada de las compras con apoyo secretarial y en este período, se han realizado 512 contrataciones. En cuanto a almacenamiento y distribución, como tiene una farmacia cuenta con un recinto donde se tienen almacenados los medicamentos que se despachan a los pacientes con esas patologías, cámaras de frío, la cual está ubicada a la par de la cocina y algunas partes que se relacionan con insumos, a veces se están ubicados en lugares no propiamente adecuados, pero son las instalaciones con que cuenta el Centro. En cuanto al clausulado de los contratos, existen dos cláusulas que llaman la atención, la primera indica que todas las modificaciones que se le hagan al inmueble; una vez que termine el contrato, no tendrá ninguna retribución económica por parte del arrendante, es mejor que se realice contractualmente, el dueño del inmueble no asume sino que la Caja estaría pagando y se sugiere que se revisen los términos o alcances de esa cláusula porque, además, hace que el contrato sea por tiempo indefinido y es un aspecto de preocupación. Se sugiere que se revise ese aspecto y de ser válido, que a todos los centros médicos se les colabore para que revisen si tienen cláusulas de esa naturaleza. En materia de instalaciones, hay un recinto donde está ubicada la secretaria y hay un servicio sanitario y se hace la observación de que no se cumple con los parámetros establecidos en la Ley N° 7600. Destaca que el espacio de la farmacia es muy pequeño para atender pacientes y sobre todo cuando son acompañados por sus familiares, así como la cocina y el patio son muy pequeño y el local no es el mejor. En el segundo nivel se tiene la dirección, el encargado de presupuesto, el recinto donde se está ubicada la funcionaria de contratación administrativa y comparte el espacio con la encargada de recursos humanos y proveeduría. También un espacio que se acondicionó para la trabajadora social, el cual es muy incómodo y el servicio sanitario no cumplen con la Ley N° 7600, además de la sala de reuniones.

Respecto de una pregunta del licenciado Gutiérrez Jiménez, tendiente a conocer cuántos pacientes se atiende por día, el licenciado Morera indica que no tiene el dato preciso.

Al respecto, don Adolfo Gutiérrez manifiesta su preocupación, porque si no se conoce ese dato, entonces le parece que lo indicado por el licenciado Morena son datos subjetivos.

Señala el licenciado Morera Herrera que independientemente de la cantidad de pacientes que se atienden, no se cumple con lo estipulado por la Ley N° 7600. Por otra parte, los servicios de apoyo se brindan a través del Laboratorio Clínico y el Banco de sangre del Hospital México, la

consulta externa son los lunes en la tarde, las cirugías se realizan de martes de por medio, porque es el día que tienen disponible el quirófano y todos los viernes se dedican a la materia de hospitalización. Cuentan con cuatro camas y una destinada para la Unidad de Cuidados Intensivos. Además, se acondicionó un recinto para lo que ha denominado Hospital de día, es donde se atienden pacientes que asisten por cualquier circunstancia. Entre otros hallazgos se determinó que el programa no se ha integrado de manera funcional al Hospital México, por cuanto ciertos aspectos no se coordinan, el doctor Montero comunicó que no conocía los trámites de las vacaciones de los funcionarios del Hospital de Niños, por ejemplo, lo anterior porque existe falta de coordinación. Enfatiza en que el Centro cuenta con los especialistas, equipo y el equipo humano de apoyo, pero la infraestructura no responde a las necesidades.

En relación con el tema de los especialistas del Hospital Nacional de Niños, comenta la doctora Sáenz Madrigal que conversó con la doctora Olga Arguedas y a raíz de la discusión de esas plazas, le preguntó sobre el tema y le respondió que en ese Hospital se realizan los trámites administrativos de esos especialistas y, además, los expedientes de los funcionarios se manejan en ese Hospital. Sin embargo, le manifestó su gran preocupación porque esas dos plazas funcionan como si fueran del Hospital Nacional de Niños, pero el trabajo no lo ejecutan dentro ese Hospital

En cuanto a una inquietud, señala la doctora Villalta Bonilla que no se está presentando una propuesta de acuerdo, por ser un tema informativo, y se le remitieron tres oficios al doctor Douglas Montero, en el que se le indicaba; por ejemplo, en el caso de la plaza de la doctora Matamoros es de Asistente Especialista y no es directora. En ese sentido, no puede firmar como directora, porque no se ha determinado que se le haya delegado una coordinación de esa naturaleza. En esos términos se le giraron las instrucciones y al mismo tiempo, el 5 de diciembre del año pasado, el informe se le trasladó a la Auditoría y le parece que el informe lo tiene asignado para análisis, el señor Rafael Ramírez y, específicamente, lo que interesa es definir cómo va a funcionar el Centro de ahora en adelante, porque cuentan con una estructura que no tienen los otros programas de trasplante hepático. Como ilustración, tienen una encargada de recursos humanos que funge como administradora, tienen un encargado de presupuesto, una secretaria y la doctora Matamoros firma como directora y esas estructuras no están avaladas dentro de la estructura institucional.

Ante una consulta del Director Fallas Camacho, refiere la doctora Sáenz Madrigal que, efectivamente, hay una asociación que apoya al Centro de Trasplante Hepático.

Recuerda la señora Gerente Médico que en el mes de noviembre pasado, la Junta Directiva tomó la decisión del cierre de la Unidad Programática y el traslado de los recursos financieros hacia la Gerencia Médica. Por otra parte, hay un plan de contingencia hecho con el Hospital de Niños, el cual se le presentó a la Sala Constitucional donde se indicó que los recursos se asignan a la unidad programática, por lo cual el Plan se debe modificar y presentarlo en la Sala Constitucional. Por otro lado, se han interpuesto recursos de amparo para que no se cierre la Unidad Programática, los cuales han sido declarados sin lugar y, en ese sentido, la Sala Cuarta indicó que la Caja es quien debe definir la estructura y organización de los programas de trasplantes.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que el tema no es cerrar la Unidad Programática, si no que se tome la decisión para que se reestructure, de manera que pueda asumir responsabilidades de ejecución y control con base en la normativa de la Institución.

En cuanto a una consulta del Director Gutiérrez Jiménez, aclara la señora Presidenta Ejecutiva que los recursos de amparo han sido planteados por los pacientes y los padres de familia, en ese sentido la Sala Constitucional ha solicitado los acuerdos de la Junta Directiva y señalan que como lo que existe es una reorganización, la cual se relaciona con los niveles de responsabilidad, se está cerrando el Centro de Trasplante Hepático. Sin embargo, no es cierto y ese aspecto debe quedar claro, porque hay una reorganización institucional, es un tema administrativo pero no se están disminuyendo los recursos al centro, tampoco se está trasladando el personal y por ese motivo, la Sala Constitucional le ha dado la razón a la Institución e, inclusive, el día de hoy se recibió uno de los ocho recursos y reiteran que es un tema de competencia de la administración. En esos términos, existen muchos aspecto en relación con el asunto, por ejemplo, se debe comprender, en especial a los padres de familia por los niños que están con una necesidad de un trasplante, lo cual genera una gran angustia en las personas pero, inclusive, la reapertura del trasplante hepático en el Hospital de Niños, con los encargados de Trasplante Hepático, el plan que se le envió fue firmado por la doctora Matamoros, quien estuvo en el acta, firmó y estuvo de acuerdo en que se haga ese trabajo con el Hospital Nacional de Niños. Repite, se ha venido trabajando en el tema, pero se ha producido una preocupación porque se ha hecho un símil del tema administrativo con un potencial cierre del Centro de Trasplantes, aspecto que no es correcto. El programa continúa y lo que existe es una organización distinta que responde al Plan Nacional de Trasplantes.

Adiciona la señora Gerente Médico que ese plan se ha conciliado, fue firmado por los especialistas del Hospital Nacional de Niños, los médicos tratantes, la Gerencia Médica y existe el compromiso de la Institución, en términos de que se va a dotar de recursos financieros a la Unidad Programática. Esa información se debe enviar a la Sala Constitucional, para poder traer los recursos de amparo planteados y analizarlos con los abogados.

Respecto de una inquietud, reitera la doctora Sáenz Madrigal que el informe es únicamente para conocimiento de la Junta Directiva.

Por su parte, al Director Alvarado Rivera le parece que cuando se presenten informes en la Junta Directiva, no se incluyan subjetividades y si se presenta con una solución de la necesidad, la cual le competen al Órgano Colegiado, estima que se deben presentar argumentaciones técnicas para que la Junta Directiva, tome las decisiones en función de la recomendaciones de acción. Le preocupa que quede constando en actas que la Junta Directiva queda informada, porque existen una serie de inconsistencia e incumplimiento, por ejemplo, lo referente a la Ley N° 7600 y esa situación es muy complicada, porque compromete a la Institución, dado que no se está tomando ninguna acción. Cree que no debería ser así, repite, considera cuando es un informe, solo se deben presentar los hallazgos, pero si se indica que existe una serie de situaciones, no se deben presentar con argumentos subjetivos, como ilustración, planta física deteriorara, sin reunir las condiciones establecidas en la Ley N° 7600, entre otros aspectos. En ese sentido, se deberían hacer las indicaciones y presentarse la propuesta de solución.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que el informe se remitió a la Auditoría y al Hospital México, lo que le falta y coincide con don Renato Alvarado, es que la doctora Villalta Bonilla ya emitió tres notas atendiendo los puntos, en los que se indicaron las debilidades. En ese sentido, le parece que esa información debe formar parte del informe.

Al respecto, al licenciado Alvarado Rivera le parece importante que quede indicado que esas inconformidades fueron atendidas y, además, esté incluido en el informe de revisión. De esa manera la Junta Directiva está emitiendo su criterio, en términos de si se está o no de acuerdo, o está por atendido el tema.

Aclara la señora Gerente Médica que, efectivamente, esa información está incluida en el informe.

También a la señora Presidenta Ejecutiva le parece significativo que se agregue que la Gerente Médico, ha emitido las notas en atención a los hallazgos prioritarios encontrados. En ese sentido, la Junta Directiva queda informada que hubo un diagnóstico y una atención.

El Director Devandas Brenes manifiesta que está muy confundido, porque existe una Unidad Programática que la Junta Directiva decidió que no existiera, sin embargo, continúa existiendo.

Sobre el particular, señala la Dra. Sáenz Madrigal que ha continuado existiendo, por orden de la Sala Constitucional.

Señala el Dr. Devandas Brenes que la Sala Constitucional ordenó que el Programa siguiera, pero no la Unidad Programática. Lo interesante es que esa unidad programática, la cual esta Junta Directiva decidió eliminar, se le continuó asignando el presupuesto. En esos términos, le parece que la Auditoría tiene un trabajo importante por hacer, para determinar y explicar cómo sucedió en la Caja. Por otra parte, tiene una inquietud porque el Dr. Arias en la exposición, se refirió a los niveles de eficacia que se necesitan, el número de trasplante para tener el “expertise” entre otros aspectos, pero lo que indica doctora Villalta es que el Programa de Trasplantes, se autorizó para que otros hospitales los realicen, es decir, se dividirían los trasplantes y en lugar de concentrar para tener ese “expertise” en un solo lugar; ahora se va tener en varios hospitales haciendo trasplantes. Lo anterior, le parece que va en contra de lo que se indicó, porque se necesita acumular “expertise”, no solo de los médicos, si no todo el equipo, por lo cual le parece que se tendría que tener en un solo lugar. Por otro lado, y asociado a la creación de las unidades, es que si no le falla la memoria y ruega se le corrija, se nombró a un coordinador nacional de trasplantes. Dado lo anterior, pregunta por qué no es el coordinador quien presenta el tema, porque es el responsable institucional y quien debería asumir esta responsabilidad.

Sobre el particular, señala la doctora Villalta Bonilla que cuando se presentó el Modelo de Gestión Institucional de Trasplante en la Junta Directiva, se discutió donde se iba a realizar el trasplante hepático, se conoce que los mismos médicos del Hospital México, se trasladan al Hospital de Niños por el Modelo de Gestión en Red, es decir, son los que realizarán los trasplantes en ese Hospital. Además, se tiene el “expertise” en trasplantes hepáticos, entonces la doctora María Amalia Matamoros y el doctor Garbanzo, quienes están ubicados físicamente en el Hospital México, repite, son los mismos que se trasladan a realizar el trasplante hepático al Hospital Nacional de Niños y el otro Hospital, que ha venido realizando desde hace años el trasplante hepático, es el Hospital Calderón Guardia con el doctor Sánchez.

Señala el Dr. Devandas Brenes que no encuentra la relación, está bien que los médicos acumulan “expertise” y en su curriculum, por ejemplo, porque han realizado quinientos trasplantes, pero un Centro de Trasplante es un equipo. En ese sentido, considera que se debe tener un Centro donde se realicen todos los trasplantes, no solo de un órgano y le preocupa que en este momento, se esté dividiendo trasplante de hígado. Sinceramente no entiende y, particularmente, no está de acuerdo con esa decisión.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y recuerda que le presentó una moción a la señora Presidenta Ejecutiva, para que el acuerdo no se quede en un acuerdo de simple conocimiento, sino que exista un segundo punto para que este informe sea analizado y trasladado al equipo intergerencial de la Red, con el fin de que se analice y una vez realizado el análisis en perspectiva de integrar los esfuerzos, porque esta Junta Directiva lo ha decidido así, en un plazo de cuatro meses se presente, una propuesta con los temas relacionados, por ejemplo, con el de capacidad instalada en materia de trasplante, se presente una propuesta integrada de cómo se irá resolviendo en la Institución. No es cierto que la Junta Directiva haya dividido los esfuerzos institucionales en materia de trasplantes, por el contrario, porque estaban divididos, lo que se ha procurado es integrar los esfuerzos en una red. Si se analiza la estadística que se presentó del Programa del Hospital México, en términos de producción de trasplante y cirugía hepatobiliares, el 96% es cirugía y alrededor del 3% es trasplante; en ese sentido, tiene su duda, por cuanto si se compara esa información con los trasplantes que se han hecho en otros hospitales, quizás se hayan realizado más trasplantes en otros hospitales que en el Hospital México, pero en todo caso, considera que el esfuerzo que se ha hecho de diseñar la capacidad instalada en red, le parece que es la solución. Por tal motivo, considera que este informe se debe trasladar.

Como primer punto, el Director Gutiérrez Jiménez le solicita a la Auditoría que se revise el nivel administrativo, en el sentido de si hay que corregir algún aspecto en la forma y de ser necesario, le sugiera a la Junta Directiva, si hay que tomar algún acuerdo específico, basados en criterios técnicos y respaldos por las plazas y presupuesto, entre otros aspectos. Dado lo anterior, preferiría que se revise el tema y si es necesario, se indique para que se reoriente cualquier situación de forma y si existiera algún tipo de responsabilidad a nivel administrativo, que se presente para que la Junta Directiva lo conozca y se logre tomar el acuerdo. Como segundo punto, no está de acuerdo en varios de los puntos y, precisamente, en la forma que ha sido presentado este informe, porque le parece que tiene un alto grado de subjetividad, la cual no comparte, posiblemente, porque conoció más de cerca el Centro de Trasplantes y las bondades y aspectos buenos que se lograron concretar. Repite, le parece que el informe se está presentando de una manera poco objetiva en algunos aspectos y, le parece que de alguna manera se está indicando si la decisión que se tomó fue la correcta. Por otro lado, considera que don Mario ha hecho referencia de un aspecto importante, porque los equipos se deben entrenar como tales y aclara que no está indicando que la unidad como tal, porque esos equipos se tienen que mantener como equipos, por ejemplo, no es lo mismo que se ubique una enfermera una semana y otra enfermera en otro momento, son equipos especializados que tienen una característica muy especial. Está seguro que la Gerencia Médica está tomando nota de esos aspectos que está mencionando para preservar dentro del fondo, lo que es correcto y corregir las formas que se consideran son las que ha tenido problemas. Deja su sentir constando en actas porque no se siente cómodo y le preocupa, porque algunas de las personas que han presentado, históricamente, han sido muy objetivas en el momento de presentar informes; por ejemplo, en el caso de hoy emitir una serie de opiniones donde ni siquiera se conoce el número de pacientes que asiste el

Centro, o indicar que está mal y que no está bien, con todo respecto, no lo comparte y no es el estilo del Lic. Morena y, reitera, lo deja constando en actas, porque le parece que es una ligereza y en lo personal no le satisface.

La doctora Sáenz Madrigal le da lectura a la moción planteada por el licenciado Barrantes Muñoz.

El Director Barrantes Muñoz presenta la siguientes moción, que es acogida por unanimidad y mediante resolución firme:

“Instruir a la Gerencia Médica para que el *Informe Gestión Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México* sea analizado conjuntamente con el equipo intergerencial que desarrolla la implementación del Modelo institucional de gestión en red de donaciones y trasplantes, a fin de que, a partir de los estudios técnicos sobre la capacidad instalada y gestión, se presente una propuesta integral para la atención de los trasplantes hepáticos, en atención a los requerimientos de la población asegurada. Lo anterior, en un plazo de cuatro meses”.

Por consiguiente, acogida la moción presentada por el Director Barrantes Muñoz, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** instruir a la Gerencia Médica para que el *Informe Gestión Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México* sea analizado conjuntamente con el equipo intergerencial que desarrolla la implementación del Modelo institucional de gestión en red de donaciones y trasplantes, a fin de que, a partir de los estudios técnicos sobre la capacidad instalada y gestión, se presente una propuesta integral para la atención de los trasplantes hepáticos, en atención a los requerimientos de la población asegurada. Lo anterior, en un plazo de cuatro 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.

ARTICULO 30º

“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-47959-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

A las dieciséis horas con treinta y cuatro minutos se levanta la sesión.