

Jueves 22 de diciembre de 2016

N° 8881

Acta de la sesión ordinaria número 8881, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 22 de diciembre de 2016, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho; Directores: Licda. Soto Hernández, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Ing. Alfaro Murillo, Lic. Alvarado Rivera; Subauditor, Lic. Ólger Sánchez Carrillo; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Devandas Brenes no participa en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

### **ARTICULO 1°**

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

### **ARTICULO 2°**

Se somete a consideración **y se aprueba** la agenda distribuida para la sesión de esta fecha, que en adelante se transcribe en forma literal:

#### **I. Comprobación de quórum.**

#### **II. Aprobación agenda.**

#### **III. Meditación a cargo del Director Loría Chaves.**

#### **IV. Aprobación acta de la sesión número 8866.**

#### **V. Correspondencia.**

#### **VI. Gerencia Administrativa; para decisión.**

- a) **Oficio N° GA-49414-2016**, de fecha 14 de diciembre de 2016: propuesta modificación de los artículos 61 y 74 del *Reglamento de Salud*, en atención de la eliminación del requisito de la orden patronal impresa en los servicios institucionales a partir de enero-2017.
- b) **Oficio N° GA-49332-2016/GM-SJD-22994-2016**, de fecha 5 de diciembre de 2016: propuesta “*Programa Nacional Promoción de Actividad Física y Estilo de Vida Saludable*” (se atiende solicitud del Director Barrantes Muñoz). Se distribuye para su estudio y conocimiento en una próxima sesión 12-1-17).

#### **VII. Gerencia de Pensiones: asunto para decisión:**

- a) **Oficio N° GP-62.737-2016** de fecha 28 de noviembre de 2016: presentación estados financieros institucionales del Régimen no Contributivo a junio del 2016.

**VIII. Gerencia de Logística.**

**IX. Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.**

- a) **Oficio N° GIT-4971-2016** de fecha 5 de diciembre de 2016: atención artículo 30°, sesión N° 8871 del 27-10-2016: informe de optimización y ajuste de plazos de los proyectos a desarrollar en el Hospital San Juan de Dios; *se distribuye para estudio y conocimiento en la sesión del 12-1-17.*

**X. Gerencia Médica: asuntos para decisión:**

- a) **Oficio GM-SJD-23467-2016**, de fecha 20 de diciembre de 2016: Informe Hospital Monseñor Sanabria referente a la dotación de camas.
- a) **Firmeza artículo 20°, sesión número 8879:** oficio N° GM-SJD-23330-2016 de fecha 14 de diciembre de 2016: informe Fecundación in vitro (FIV).
- b) **Oficio GM-SJD-23261-2016**, de fecha 19 de diciembre de 2016: propuesta modificación contractual contratos C-5825-2019 Área de salud León XIII –Carpio y C-6312-2010 Área de Salud San Sebastián – Paso Ancho con ASEMECO, Licitación Pública 2008LN-000013-1142.

*Asunto informativo:*

- a) **Oficio N° GM-SJD-23466-2016**, de fecha 19 de diciembre de 2016: informe resultados del estudio sobre la situación de la adolescencia en educación secundaria de Costa Rica; *se distribuye para estudio y conocimiento en la sesión del 12-1-17.*

**XI. Gerencia Financiera: asuntos para decisión.**

- a) **Oficio número GF-67200** del 20 de diciembre del 2016: solicitud aprobación modificación presupuestaria número 06-2016 del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.
- b) **Oficio N° GF-66410-2016** de fecha 23 de noviembre de 2016: Política y estrategia de inversiones del Seguro de Salud, período 2017.

**XII. Auditoría.**

**XIII. Propositiones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:**

*Asuntos para decisión:*

- a) **Oficio N° P.E.-2434-2016** fechado 10 de agosto de 2016: propuesta modificación parcial al Reglamento de Juntas de Salud, aprobado en el artículo 18° de la sesión N° 7825 celebrada el 15-01-04: **sustitución de “Asesoría y Gestión Legal,**

***Desconcentración y Juntas de Salud*** por ***Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud*** que es la instancia designada para accionar en temas de Juntas de Salud.

- b) **Oficio N° P.E.-64095-2016** fechado 10 de noviembre de 2016: propuesta “*Manual de Organización de la Dirección de Planificación Institucional*” (actualizado octubre-2016).

***Asuntos informativos:***

- c) **Oficio N° P.E.1896-2016** de fecha 23 de junio de 2016: nuevo diseño del Plan Estratégico Institucional 2015-2018; se atiende lo solicitado en el artículo 22°, apartado 5, sesión N° 8818: **se acordó:** *instruir a la Presidencia Ejecutiva y a las Gerencias para que inicien un proceso de divulgación del citado Plan Estratégico Institucional.*

***Informes participación en actividades en el exterior:***

- d) **Oficio N° P.E.2411-2016** de fecha 9 de agosto de 2016: participación en “*Third in-person meeting of Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain control*” (Tercera Reunión presencial de la Comisión LANCET en el acceso mundial a los cuidados paliativos y control del dolor) que se realizó en Cuernavaca, México.
- e) **Oficio N° P.E.64222-2016**, de fecha 24 de noviembre de 2016: informe participación en el Foro intersectorial “*Los retos comunes de la Institucionalidad del SICA*” que se realizó en San Salvador, El Salvador, y en el “*Taller de consulta sobre el diseño y fortalecimiento de la plataforma de financiamiento del SMSP*”, en México.
- f) **Oficio N° P.E.-64283-2016** fechado 29 de noviembre de 2016: informe participación en la “*XIV Edición del Master en Dirección y Gestión de los Sistemas de Salud*”, que se realizó en Madrid, España.
- g) **Dirección de Planificación Institucional: asuntos para decisión.**

- g.1 **Solicitud plazo: oficio N° DPI-092-16, del 22-1-16:** “Acuerdos de Junta Directiva pendientes con corte al 31 de enero de 2016”. **Nota:** este informe actualiza el presentado por medio de las comunicaciones números P.E.-25.951-15 de fecha 22 de abril de 2015; DPI-356-15 y DPI-531-15.

***Anotación:*** *por medio del oficio del 29-3-16, N° DPI-145-16, el Director de Planificación Institucional solicita un plazo mínimo de dos meses, para remitir el informe actualizado, dado que deben corregir algunas inconsistencias detectadas; se prevé que el 17-6-16 se enviará informe actualizado para ser agendado y conocido por la Junta Directiva.*

- g.2 **Oficio N° DPI-186-16**, de fecha 18 de abril del año 2016: informe ejecutivo del IGIS “*Índice de gestión Institucional período 2013-2015*” (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

**XIV. Propositiones y asuntos varios de los señores Directores.**

**A) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:**

**1. Seguimiento al oficio de la Presidencia Ejecutiva (sin número) de fecha 4 de mayo del año 2016:**

- a) Solicitud de presentación inmediata a la JD de informe actualizado sobre lo actuado por las Gerencias de la Caja en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley de Control Interno: Ref: oficio N° 55.838 de la Presidencia Ejecutiva.

***En proceso de atención y seguimiento:*** mediante el oficio 10 de octubre del año 2016, N° 60.645, dirigido a todos los Gerentes, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe en un plazo de quince días; la Gerencia Administrativa coordina la presentación del informe unificado. *En oficio N° GA-49308-2016 del 5-12-2016: solicita prórroga para presentación del informe./ La Presidencia Ejecutiva según oficio N° PE-64442-2016 concede plazo para que se presente informe primera semana febrero 2017: propuesta integrada entre Gerencia Admva. y Dirección Planificación Institucional del Modelo integral de riesgos que incluya definición hoja ruta para Mapa riesgos institucional.*

- a) Informe de cumplimiento y estado actual de situación de lo resuelto por la Junta Directiva en relación con el oficio N° GL-43.704-2016 sobre Proyecto Evaluación independiente de eficiencia en la contratación pública para la CCSS.

***Asunto en proceso de atención:*** mediante la nota N° 68.310 se ha solicitado a las Gerencia de Logística atender el asunto y presentar el informe pertinente.

- c) Presentación inmediata a la Junta Directiva del informe solicitado a las Gerencias Médica, Administrativa y el Director de Planificación Institucional sobre *Propuesta de un programa nacional de promoción de actividad física y estilo de vida saludable.*

***En proceso de atención y seguimiento:*** mediante la nota del 10 de octubre del año 2016, N° 60.646, dirigido a la Gerente Médico, al Gerente Administrativo y al Director de Planificación Institucional, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe unificado en un plazo de quince días; coordina lo correspondiente la Gerencia Médica. *Se recibe el oficio de la Gerencia Administrativa, número GA-49332-2016/GM-SJD-22994-2016, de fecha 5-12-16, por medio del que se presenta el informe, que se propone conocer en sesión del 12-1-16.*

- d) Presentación a Junta Directiva de la propuesta final para resolución del proyecto de reforzamiento del edificio Laureano Echandi.

**Asunto en proceso de atención:** mediante el oficio del 10 de octubre del año 2016, N° 60.647, dirigido a las Gerentes Médico, de Infraestructura y Tecnologías, y Logística, y a los Gerentes Administrativo, Financiero y de Pensiones, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe unificado en un plazo de veintidós días; la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías coordina la unificación del informe.

- 2) Informe de situación actual de adeudos del Estado con la CCSS (considerando el pago a efectuarse mediante crédito con el Banco Mundial) y estrategia y acciones de recuperación.

**Asunto en proceso de atención:** mediante el oficio 10 de octubre del año 2016, N° 60.649, dirigido al Gerente Financiero, la Presidenta Ejecutiva le solicita presentar el informe con la brevedad posible.

- 3) Informe actualizado a la Junta Directiva de la Contraloría de Servicios de la CCSS.

*Se propone* conocer en la segunda sesión de enero próximo junto con los resultados de la encuesta de satisfacción al usuario realizada en hospitales y áreas de salud.

- 4) Revisión de la situación actual del Régimen de pago de la Cesantía en la CCSS y resolución para ajustarlo conforme a lo dispuesto por la ley y en procura de la sostenibilidad financiera institucional.

**Asunto en proceso de atención:** mediante el oficio del 10 de octubre del año 2016, dirigido al Gerente Administrativo, N° 60.651, Presidenta Ejecutiva le solicita presentar el informe, con la brevedad posible.

- 5) Propuesta para revisar las funciones, atribuciones y responsabilidades de las Gerencias de la Caja y determinar los instrumentos y procedimientos de evaluación periódica del desempeño de los gerentes.
- 6) Moción para que, conforme con lo establecido en el Reglamento de Puestos de Confianza, se resuelva de inmediato, la contratación de la asesoría legal y la asesoría financiera requerida por la Junta Directiva de la CCSS.
- 7) Instruir a las Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnologías, para que establezcan y ejecuten las acciones y disposiciones necesarias, que garanticen que las bases de datos personales EDUS y SICERE cumplan con lo establecido en la Ley de Protección de datos personales.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota N° 68.307 se ha solicitado a las Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnologías presentar el

informe unificado para la segunda sesión de enero próximo.

- 8) Que se informe a la Junta Directiva sobre los alcances e implicaciones para la CCSS del documento suscrito entre la Presidencia Ejecutiva y el Ministro de Salud sobre la creación del Instituto de la Equidad en Salud.

**Anotación:** en oficio N° P.E.64222-2016, del 24-11-16, se presenta informe de la Presidencia Ejecutiva, en cuanto a participación en el Foro intersectorial “*Los retos comunes de la Institucionalidad del SICA*” que se realizó en San Salvador, El Salvador (ahí se trató lo referente al citado documento), y en el “*Taller de consulta sobre el diseño y fortalecimiento de la plataforma de financiamiento del SMSP*”, en México.

- 9) Que, conforme con lo acordado, se fije fecha de presentación a la Junta Directiva de las valuaciones actuariales del Seguro de Salud.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota N° 68.308 se ha solicitado a la Gerencia Financiera y a la Dirección Actuarial atender el asunto y fijar la fecha de la sesión de enero próximo en que se presentará el informe.

- 10) Informe sobre la creación de una unidad de investigación biomédica y de la existencia de un convenio para ese fin con una universidad extranjera.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota N° 68.309 se ha solicitado a la Gerencia Médica atender el asunto y presentar el respectivo informe a la Junta Directiva.

- 11) Resultados del Estudio sobre la situación de la adolescencia en Costa Rica, realizado por el Hospital Nacional de Niños, en relación con las Clínicas de la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social.

**Anotación:** en el artículo 2°, sesión N° 8874 del 17-11-16 la Gerencia Médica presenta informe: oficio N° GM-SJD-20672-2016, de fecha 21 de octubre del año 2016, por medio del que se presentan los resultados del estudio sobre situación de la adolescencia en la Educación Secundaria de Costa Rica, *se solicita que asunto se presente en forma integral junto con el tema relacionado con las clínicas del adolescente.*

Mediante el oficio N° GM-SJD-23466-2016, del 19-12-16, la Gerencia Médica presenta el informe resultados del estudio sobre la situación de la adolescencia en educación secundaria de Costa Rica, que se propone conocer en la sesión del 12-1-16.

**B) Planteamientos del Director Gutiérrez Jiménez: asuntos en proceso de atención por parte de la administración:**

b.1 Sostenibilidad financiera.

Por medio de la nota N° 56.237 se solicitó al Gerente Financiero el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información

pertinente.

b.2 Modelo salarial. Nuevas Alternativas.

Por medio de la nota N° 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

b.3 Modelo de Servicio.

b.4 Tema referente a la productividad.

Por medio de la nota N° 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

**C) Mociones planteadas por el Director Devandas Brenes:**

**Moción N° 1:**

Instruir a la Gerencia Médica para que llegue a acuerdos con los colegios profesionales que instalen consultorios de atención a médicos para sus agremiados.

Tales servicios se realizarán en el marco de las regulaciones establecidas en el Reglamento de Médicos de Empresa.

**D) Planteamiento Directora Alfaro Murillo:**

**d.1.** Informe COMISCA; *en proceso de atención:* se solicitó un informe a la Gerencia de Logística.

**E) Planteamiento Director Loría Chaves:**

**e.1.** Clasificación del Área de Salud de Goicoechea 2, en resguardo de los acuerdos de Junta Directiva.

**e.2.** Conocimiento del protocolo de readaptación laboral aprobado por la Gerencia y sus impactos.

**e.3** Revisión del artículo 9° de la sesión N° 6527 del 6 de octubre de 1988, que otorga beneficios a los instructores del CENDEISS.

**XV. PROYECTOS DE LEY EN CONSULTA: para decisión:**

**A) Gerencia Administrativa:**

*Se externa criterio*

- 1) **Expediente N° 20.103, Proyecto “LEY PARA GARANTIZAR LA TRANSPARENCIA EN LOS ÓRGANOS COLEGIADOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA”.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-64197-2016, del 21-11-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa el oficio N° CG-223-2016, del 21-11-16, que firma la licenciada Ericka Ugalde Camacho, Jefe de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa. (29°, ac.I, Ses. N° 8878). *En oficio N° GA-49278-2016 del 7-12-2016, externa criterio.*
- 2) **Expediente 20.125, Proyecto de Ley “REFORMA DEL ARTÍCULO 178 DE LA LEY N° 2, CÓDIGO DE TRABAJO, DEL 27 DE AGOSTO DE 1943”.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-64281-2016, fechada 29-11-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CAS-1765-2016, de fecha 29-11-16, que firma la licenciada Ana Julia Araya A., Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa (29°, ac.II, Ses. N° 8878). *En oficio N° GA-49390-2016 del 13-12-16, externa criterio.*
- 3) **Expediente N° 20.057, Proyecto de “LEY DE EMPLEO PÚBLICO”.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-64291-2016, fechada 29-11-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa el oficio número CAS-1795-2016, de fecha 29-11-16, que firma la Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa (Art-29°, Ac.III, Ses. N° 8878).
- 4) **Expediente N° 19.506, Proyecto “LEY PARA REGULAR LAS REMUNERACIONES ADICIONALES AL SALARIO BASE Y EL AUXILIO DE CESANTÍA EN EL SECTOR PÚBLICO”, ANTERIORMENTE DENOMINADO “LEY PARA EL ORDENAMIENTO DE LAS RETRIBUCIONES ADICIONALES AL SALARIO BASE DEL SECTOR PÚBLICO”.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-64312-2016, fechada 1-12-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 1-12-16, número CAS-1910-2016, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa (Art.29°, Ac. IV, Ses. N° 8878)

**B) Gerencia Médica: solicita prórroga 15 días hábiles más para externar criterio:**

- 1) **Expediente N° 19.309, Proyecto de Ley “REFORMA INTEGRAL A LA LEY REGULATIVA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, LEY N° 8239 DE 19 DE ABRIL DE 2002”.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-64459-2016, fechada 15-12-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 14-11-16, N° DH-128-2016, que firma la licenciada Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial De Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa. *En oficio N° GM-SJD-23680-2016 del 19-12-2016.*



### ARTICULO 3°

Se toma nota de que se reprograma, para la próxima sesión, la meditación a cargo del Director Loría Chaves.

### ARTICULO 4°

Se somete a consideración y se aprueba –por unanimidad de los presentes- el acta de la sesión número 8866.

### ARTICULO 5°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-41477-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

### ARTICULO 6°

Se tiene a la vista el oficio número DJ-7263-2016, fechado 12 de diciembre del año 2016, suscrito por los licenciados Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, y Mario Cajina Chavarría, Jefe del Área de Gestión Judicial de la Dirección Jurídica, en el que atienden lo solicitado (artículo 20° de la sesión N° 8877 del 5 de diciembre del año 2016) y presentan la propuesta de acuerdo respecto de la autorización para conciliar en proceso judicial de pensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, así como del Régimen no Contributivo. El citado oficio textualmente se lee en estos términos:

*“En cumplimiento al acuerdo tomado en el artículo 20 de la sesión número 8877 celebrada el día 05 de diciembre del 2016, nos permitimos exponer las siguientes consideraciones:*

*En relación a las condiciones para conciliar expuestas en el oficio número DJ-2962-2016 se realizan las siguientes correcciones materiales, la primera de ellas en cuanto a la posibilidad de reconocer la vigencia a partir de la presentación de la demanda en sede judicial y la segunda en cuanto al monto máximo de honorarios a reconocer vía conciliación el cual podría ascender a la suma de ciento cincuenta mil colones, con base en las cuales las condiciones para conciliar serían las siguientes:*

*1.- Procesos judiciales de pensión por invalidez, vejez y muerte que cumplan las siguientes condiciones:*

*a.- Que como parte de las pruebas aportadas al expediente judicial conste la certificación que acredite el cumplimiento de las cotizaciones o aportaciones vigentes, en la forma dispuesta por el artículo 6 del Reglamento.*

*b.- Que se haya comprobado el estado de invalidez del solicitante a través de las pericias realizadas por Medicina legal o Consejo Médico Forense, para lo cual el abogado deberá de ejercer todos los recursos a su disposición.*

*Encontrándonos ante el cumplimiento de ambos requisitos en sede judicial, se autoriza a llegar a un acuerdo conciliatorio en las siguientes condiciones:*

- a.- Otorgar la pensión a partir del día hábil siguiente a la fecha de la conciliación judicial,*
- b.- Que cada parte asuma sus costas personales y procesales, máxime en casos de no existir patrocinio letrado.*
- c.- Y que la institución se comprometa a hacer efectivo el pago en un plazo de doce días hábiles, sin que ello genere pago de interés alguno.*

*En caso de negativa del actor, el abogado o apoderado judicial de la institución podría reconocer el pago de la pensión a partir de la fecha determinada por la pericia forense o a partir de la interposición de la demanda, pero siempre sin intereses y costas personales y procesales.*

*En casos particulares y justificados por el abogado podría de manera excepcional reconocer hasta la suma de CIENTO CINCUENTA MIL COLONES por concepto de costas personales, pero siempre sin pago alguno de intereses, suma que corresponde a los honorarios mínimos que en promedio son concedidos por los Tribunales de Justicia.*

*2.- Procesos judiciales de pensión por el Régimen no Contributivo en los que se cumplan las siguientes condiciones:*

*A.- Para el caso de personas inválidas, es decir, menores a los 65 años de edad y que por ende necesiten acreditar su invalidez, a través de las pericias realizadas por Medicina Legal o Consejo Médico Forense, para lo cual el abogado deberá de ejercer todos los recursos a su disposición.*

*b.- Que se haya acreditado el estado de necesidad de amparo económico, ya sea en sede administrativa por parte de la institución o en su defecto en sede judicial, a través de un estudio social realizado por la institución o por el Poder Judicial, el cual no podrá tener una antigüedad mayor a un año.*

*B.- Para el caso de personas adultas mayores, con 65 o más años de edad y que por ende no requieran acreditar invalidez alguna:*

*a.- Que se haya acreditado el estado de necesidad de amparo económico, ya sea en sede administrativa por parte de la institución o en su defecto en sede judicial, a través de un estudio social realizado por la institución o por el Poder Judicial, el cual no podrá tener una antigüedad mayor a un año.*

*Encontrándonos ante el cumplimiento de ambos requisitos en sede judicial, se autoriza a llegar a un acuerdo conciliatorio en las siguientes condiciones:*

- a.- Otorgar la pensión a partir del día hábil siguiente a la fecha de la conciliación judicial;*
- b.- Que cada parte asuma sus costas personales y procesales*
- c.- Y que la institución se comprometa a hacer efectivo el pago en un plazo de doce días hábiles, sin que ello genere pago de interés alguno.*

*En caso de negativa del actor, el abogado o apoderado judicial de la institución podría reconocer el pago de la pensión a partir de la fecha determinada por la pericia médica o social forense o administrativa o a partir de la interposición de la demanda, pero siempre sin intereses y costas personales y procesales.*

*En casos particulares y justificados por el abogado podría de manera excepcional reconocerse hasta la suma de CIENTO CINCUENTA MIL COLONES por concepto de costas personales, pero siempre sin pago alguno de intereses, suma que corresponde a los honorarios mínimos que en promedio son concedidos por los Tribunales de Justicia en casos de esta naturaleza.”*

*Asimismo en cumplimiento al acuerdo referido nos permitimos adjuntar la propuesta de acuerdo sobre el tema de la autorización para conciliar en los procesos de pensión por Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No contributivo, la cual se emite en los siguientes términos:*

*“Con base en los términos del oficio número DJ-06252-2016/GP-61.746-2016 de fecha 19 de octubre del 2016, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico y el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, así como el oficio número DJ-2962-2016 de fecha 16 de mayo del 2016, suscrito por los licenciados Mario Cajina Chavarría, MBA y Gilberth Alfaro Morales, en su condición de Jefe del Área de Gestión Judicial y Director Jurídico por su orden respectivo, se acuerda delegar en el Director Jurídico y en los abogados que éste designe la potestad de conciliar en los procesos judiciales de pensión por invalidez, vejez y muerte y régimen no contributivo, bajo las condiciones y supuestos expuestos en dicho oficio o criterio técnico.*

*Asimismo se instruye a la Gerencia Financiera, con el fin de que las Direcciones Regionales tomen las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento del acuerdo conciliatorio dentro del plazo de doce días hábiles, con el fin de otorgar el beneficio a los actores con quienes se llegue a conciliar.”*

Como antecedente se tiene que en el artículo 20º de la sesión Nº 8877, celebrada el 5 de diciembre del año 2016, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice, en lo pertinente:

*“Se tiene a la vista el oficio número DJ-06252-2016/GP-61.746-2016, fechado 19 de octubre del año 2016, suscrito por los licenciados Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, y Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, por medio del que remiten la propuesta de autorización para conciliar en proceso judicial de pensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, así como del Régimen no Contributivo. El citado oficio textualmente se lee en estos términos:*

*“Mediante oficio número DJ-6671-2015 suscrito por los licenciados Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico y Mario Cajina Chavarría, Jefe del Área de Gestión Judicial, se trasladó a la Gerencia de Pensiones el 26 de noviembre de 2015, un proyecto de propuesta de autorización para conciliar en procesos*

*judiciales de pensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y por el Régimen no Contributivo.*

*La propuesta planteada fue sometida a consideración de funcionarios de la Gerencia quienes una vez realizado el análisis respectivo, el 15 de enero de 2016 en reunión sostenida con el licenciado Mario Cajina plantearon sus observaciones al documento, las cuales a su vez fueron satisfechas mediante oficio número DJ-2962-2016 recibido el 8 de julio del 2016, solicitándose a la Dirección Jurídica preparar lo respectivo a efectos de someter a consideración de esa estimable Junta la propuesta planteada.*

*Por lo anterior, nos permitimos presentar para conocimiento y aprobación de la Junta Directiva dicha propuesta, con el objetivo de facilitar el acceso al sistema previsional costarricense a través de un medio o mecanismo que permita una gestión eficiente y oportuna de los procesos judiciales interpuestos por los ciudadanos para acceder a una pensión ya sea de invalidez, vejez y muerte o por el Régimen No Contributivo.*

*Dicha propuesta permitiría obtener una serie de ventajas sensibles, en primer lugar un beneficio de carácter social para el ciudadano o solicitante que ha recibido en sede administrativa un rechazo a su solicitud y que al acceder a la vía judicial puede recibir una respuesta de mayor prontitud a su necesidad con la iniciativa de la institución y a través de la mediación del aparato judicial, y en segundo en concordancia con la política de contención del gasto y uso racional de los recursos públicos, la disminución en las condenatorias judiciales en contra de la institución por concepto de costas y pago de intereses por vigencias retroactivas, y la disminución de gastos por concepto de viáticos para atender las diversas audiencias señaladas en sede judicial.*

*Igualmente debe sumarse el intangible de la satisfacción de las necesidades del asegurado o solicitante, lo cual conlleva un mejoramiento en el posicionamiento de la institución hacia el pueblo y la disminución en los tiempos de tramitación de los procesos, lo que generaría una disminución en las cartera de procesos judiciales que tramita la Dirección Jurídica lo que permitiría destinar mayor cantidad de horas profesionales a la atención de procesos contencioso administrativos y demandas laborales, que son precisamente los procesos que mayor impacto económico han tenido para la institución en la última década.*

*La aprobación de la propuesta permitiría no sólo disminuir los plazos y el circulante de procesos judiciales atendidos en la Dirección Jurídica, sino también contar con mayores recursos para la gestión de los procesos judiciales complejos ya sea por el tema en discusión, las partes involucradas o la cuantía de sus pretensiones, a lo que debe sumarse el ahorro de recursos económicos por concepto de condenatoria en costas e intereses y retroactivos.*

*Con ella se persigue básicamente que la Junta Directiva delegue en los funcionarios de la Dirección Jurídica la posibilidad de conciliar en procesos judiciales de pensión del régimen de invalidez, vejez y muerte y del Régimen No Contributivo, siempre y cuando se encuentren en ciertas condiciones, es decir, que reúnan determinadas características o requisitos para ello, tomando en consideración que este tipo de procesos representan un 66.47% del total de los procesos judiciales activos atendidos en la Dirección Jurídica.*

*Lo anterior ya que en la actualidad en los procesos de este tipo, se señala audiencia para conciliar, pero de acuerdo al artículo 14 inciso d) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, no existe posibilidad para el abogado director al no ser jurídicamente viable concertar algún acuerdo conciliatorio, sin cumplir con la aprobación previa por parte de esa Junta Directiva como máximo jerarca de la institución, lo cual lleva a que la fase conciliatoria en este tipo de procesos no sea aprovechada, ya que por la gran cantidad de este tipo de juicios es materialmente imposible pensar en cumplir con el procedimiento y conocer cada uno de dichos casos en el seno de la Junta Directiva, amén de la cantidad de tiempo que podría transcurrir y los atrasos que ello conllevaría en la tramitación del proceso.*

*En virtud de ello se traslada dicha propuesta con el fin de que en caso de que se considere pertinente, sea aprobada y comunicada a nivel institucional” (...).*

La presentación está a cargo del licenciado Cajina Chavarría, quien, al efecto, se apoya en las siguientes láminas:

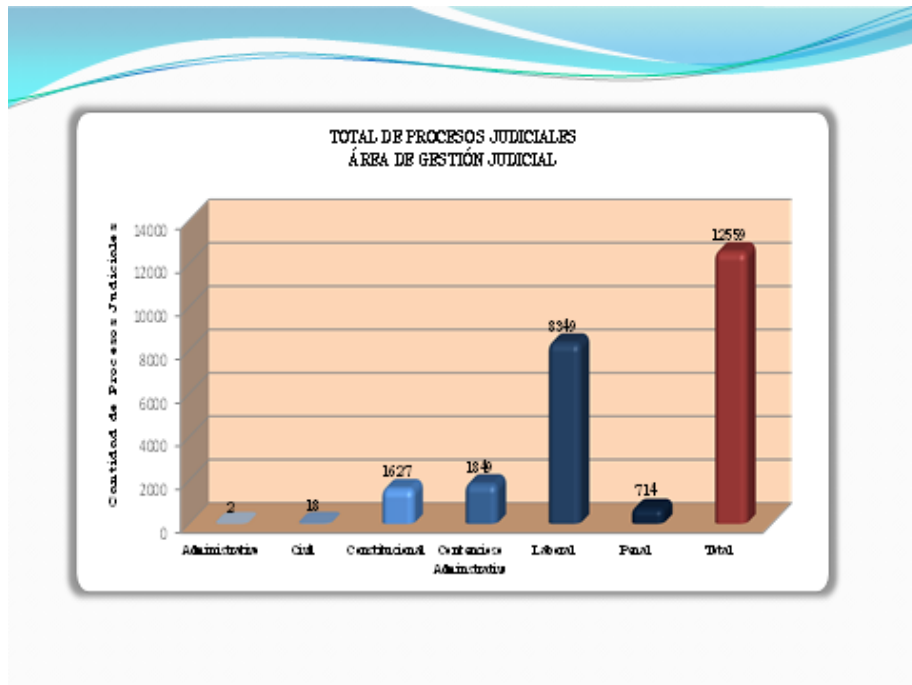
1)



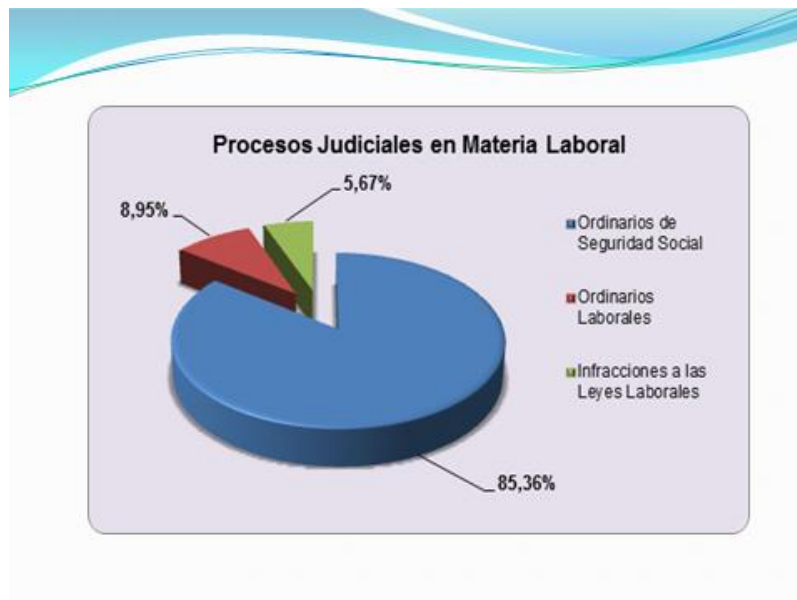
2) Situación actual:

- Tema conocido en sesión 8877, del 05-12-2016
- Cartera de procesos judiciales activos ronda los 12.500 juicios.
- Dentro de ella los juicios de seguridad social (IVM y RNC), representan el 66,47% del total.
- Anualmente se reciben más de 1400 sentencias por año en esta materia, siendo los casos de IVM los que representan la mayor cantidad.

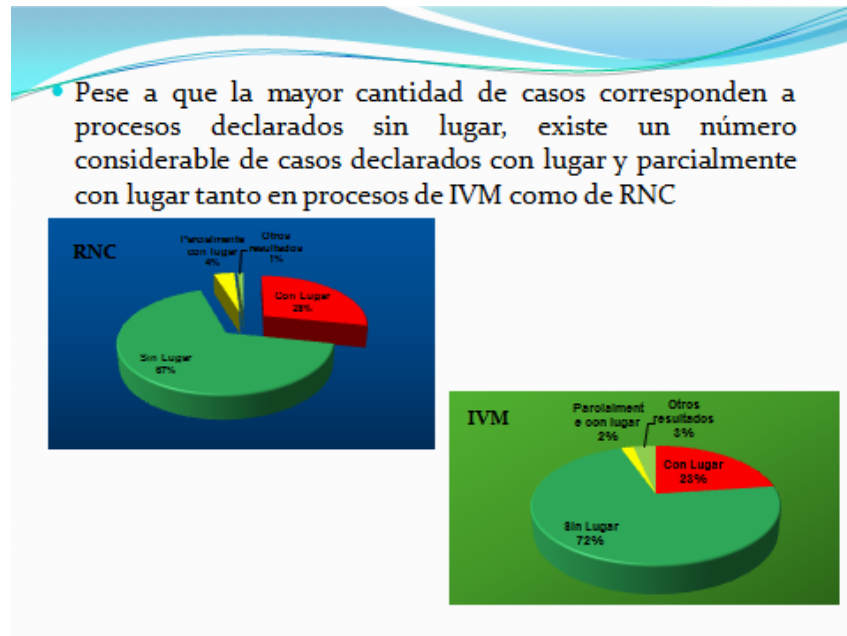
3)



4)



5)



6) ¿En qué consiste la propuesta?

- Que la Junta Directiva delegue en los abogados de la Dirección Jurídica la posibilidad de conciliar en procesos judiciales de pensión por IVM y RNC, siempre y cuando se haya acreditado el cumplimiento de los requisitos para recibir el beneficio.

7) Beneficios:

- Facilitar el acceso de los solicitantes a los beneficios de este tipo de pensión.
- Disminuir los plazos de duración o tramitación de los juicios que representan la mayor parte de la cartera de procesos judiciales.
- El ahorro en materia de condenatoria en costas personales u honorarios al no aguardar al otorgamiento de la pensión a través de una sentencia judicial.
- El ahorro en materia de pago de intereses y montos retroactivos por la vigencia con que podría ser concedida la pensión judicialmente.

8) Propuesta:

- Con base en los términos del oficio número DJ-06252-2016/GP-61.746-2016 de fecha 19 de octubre del 2016, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico y el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, así como el oficio número DJ-2962-2016 de fecha 16 de mayo del 2016, suscrito por los licenciados Mario Cajina Chavarría, MBA y Gilberth Alfaro Morales, en su condición de Jefe del Área de Gestión Judicial y Director Jurídico por su orden respectivo, se acuerda delegar en el Director Jurídico y en los abogados que éste designe la potestad de conciliar en los

procesos judiciales de pensión por invalidez, vejez y muerte y régimen no contributivo, bajo las condiciones y supuestos expuestos en dicho criterio técnico.

- Asimismo se instruye a la Gerencia Financiera, con el fin de que las Direcciones Regionales tomen las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento del acuerdo conciliatorio dentro del plazo de doce días hábiles, con el fin de otorgar el beneficio a los actores con quienes se llegue a conciliar.”

9) **Requisitos en procesos IVM**

- Que en el expediente judicial conste la certificación que acredite el cumplimiento de las cotizaciones o aportaciones vigentes, en la forma dispuesta por el artículo 6 del Reglamento.
- Que se acredite el estado de invalidez del solicitante a través de las pericias realizadas por Medicina Legal o Consejo Médico Forense, para lo cual deberán de haberse ejercido los recursos.

10)

- En caso de negativa del actor, la institución podría reconocer el pago de la pensión a partir de la fecha determinada por la pericia médica o social pero sin intereses y sin costas personales y procesales.
- En casos particulares y justificados por el abogado podría de manera excepcional reconocerse hasta la suma de CINCUENTA MIL COLONES por concepto de costas personales.

11) **Condiciones para conciliar:**

- Otorgar la pensión a partir del día hábil siguiente a la fecha de la conciliación judicial.
- Que cada parte asuma sus costas personales y procesales, máxime cuando no ha mediado patrocinio letrado.
- Y que la institución se comprometa a hacer efectivo el pago en un plazo máximo de doce días hábiles, sin que ello genere pago de interés alguno.

12) **Requisitos en casos de RNC:**

- Que se haya acreditado el estado de invalidez del solicitante a través de las pericias realizadas por la Medicatura o Consejo Médico Forense.
- Que se haya acreditado el estado de necesidad de amparo económico, ya sea en sede administrativa por parte de la institución o en su defecto en sede judicial, a través de un estudio social.

Recuerda el Subgerente Jurídico que hace alrededor de dos semanas, la Dirección Jurídica junto con la Gerencia de Pensiones, presentó una propuesta para aplicar una metodología para abordar los juicios, relacionados con demandas por pensiones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) y el Régimen no Contributivo (RNC). En esa oportunidad el Lic. Cajina, explicó que es masiva la cantidad de juicios que se tienen y una cantidad significativa se pierden en la Corte. En ese sentido, a la luz de la proximidad de entrada en vigencia de la Reformas del Código Procesal Laboral, también sustantiva en materia laboral conversó, incluso,



con los señores Magistrados porque tuvieron una reunión, entonces, se consideró oportuno que los juicios no se presenten en pequeños tractos ante la Junta Directiva, porque ese masivo de juicios son en miles para conciliar en esos asuntos, porque los parámetros a partir de los que se toma la decisión de conciliar son muy claros, por la cantidad de cuotas y si la invalidez está declarada en tiempo, entre otros aspectos. La propuesta era para que la Junta Directiva, delegara a la Dirección Jurídica para que logre conciliar, todos en el entendido que se tiene que rendir un informe, muy preciso y detallado, periódicamente, ante el Órgano Colegiado y se estableció un plazo, para indicar en qué casos se concilia. Como ejemplo, en ocasiones algunos abogados se desplazan a las 9:00 a.m., otro a las 11:00 a.m. y otro a la 1:00 p.m. para ir a conciliar. Ese aspecto implica que los jueces estarían de acuerdo. Se está analizando para enviar un solo abogado, el cual señale a partir de cierta hora, las tres conciliaciones. Ese proceso redundaría en un tema de ahorros de viáticos, de combustible y de labor profesional. En ese momento, el Lic. Cajina lo expuso, por lo que la Junta Directiva tomó un acuerdo pero no quedó en firme, porque se votó con cinco señores Directores. Se tuvo una reunión ulterior a ese proceso, con los señores Magistrados y existe la necesidad de realizar una aclaración y es el asunto que el Lic. Cajina presentará.

Señala el Lic. Cajina que el tema se expuso el 5 de diciembre de este año. El aspecto que se está incorporando, es en el sentido que dentro de las posibilidades que tenga la Dirección Jurídica para conciliar, el incorporar como uno de los parámetros, reconocerle al actor la fecha de la interposición de la demanda judicial, porque no se había incluido como una variable y, también, la posibilidad de elevar el monto de los honorarios a los que se había hecho referencia, es decir, se iba a reconocer en casos extremos, hasta un máximo de cincuenta mil colones. Luego, de la reunión que mantuvo con los Magistrados, les pareció que de una u otra forma, ese aspecto era limitar las posibilidades del acuerdo de mantenerse en el tiempo y se elevó en ciento cincuenta mil colones. No significa que se vaya a reconocer ese máximo, porque el equipo de conciliación que la Dirección Jurídica aboca el efecto, tratará de pagar la menor cantidad, pero la idea es tener un rango que sea más flexible. No perder la posibilidad de conciliar un caso, porque se estableció un tope de cincuenta mil colones y, por ejemplo, el sujeto quería cincuenta y cinco mil colones, esas son básicamente las dos modificaciones. Recuerda, que como lo señaló don Gilberth, la propuesta es la siguiente: “Con base en los términos del oficio número DJ-06252-2016/GP-61.746-2016 de fecha 19 de octubre del 2016, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico y el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, así como el oficio número DJ-2962-2016 de fecha 16 de mayo del 2016, suscrito por los licenciados Mario Cajina Chavarría, MBA y Gilberth Alfaro Morales, en su condición de Jefe del Área de Gestión Judicial y Director Jurídico por su orden respectivo, se acuerda delegar en el Director Jurídico y en los abogados que éste designe, la potestad de conciliar en los procesos judiciales de pensión por el RIVM y RNC, bajo las condiciones y supuestos expuestos en el criterio técnico. Como se señaló, para poder conciliar todas las condiciones que le permitan al sujeto ser beneficiario y de acuerdo con el Reglamento, ya deben estar acreditadas en el expediente. En el caso de que sea una invalidez, el sujeto debió haber sido declarado por Medicatura Forense como inválido. Si se trata de un Régimen no Contributivo, el sujeto ya debió tener acreditado mediante un informe social que está en estado de pobreza. De manera tal que para evitar la sentencia y la eventual condenatoria en una serie de rubros, la Institución se acerca al actor con la finalidad de conciliar y obtener un acuerdo que le permita, no solo mejorar su posicionamiento socialmente, sino también ahorrar recursos, no solo en cuanto a condenatorias, sino también a lo que señaló don Gilberth. Se está proyectando realizar hasta un máximo de ocho conciliaciones por día, en una

misma área o en un mismo Despacho Judicial, lo cual permite disponer de un solo abogado, de un solo equipo en caso de desplazamiento de chofer y vehículo, de manera casi mensual e, inclusive, en una periodicidad significativa. Un aspecto importante del acuerdo, es que incluye instruir a la Gerencia Financiera, con el fin de que las Direcciones Regionales, tomen las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento del acuerdo conciliatorio, dentro del plazo de doce días hábiles, con el fin de otorgar el beneficio a los actores con quienes se concilie, de modo que la Caja pueda pagar de manera oportuna. Como se presentó el tema en la sesión pasada, se conoce que el sistema judicial costarricense es complejo, está en la Gerencia de Pensiones pero la plataforma pertenece a la Gerencia Financiera, por lo que es importante integrar la parte operativa a la parte Jurídica o de fondo, la cual se expuso en la sesión anterior.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y manifiesta que tiene una duda, relacionada con la parte que se relaciona con el RNC, en términos de si lo que se está proponiendo con el tema de las conciliaciones, está dentro de la competencia y las relaciones que se tienen con el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF). Un aspecto se relaciona con los costos que una conciliación le generaría a la Institución. Recuerda que el Gerente de Pensiones aclaró la sesión anterior, que esos costos se recuperan, pero en todo caso su inquietud en estos momentos, no son en ese sentido, porque el Gerente aclaró el tema, sino es en términos de si está dentro del alcance de la Institución, conciliar en una materia en la que la Caja, es casi que la primera administradora de los recursos. Ese punto le parece importante que quede claro.

Al respecto, indica el Lic. Cajina que esa fue una de las dudas que en su momento surgió, cuando se analizó el tema con los funcionarios de la Gerencia de Pensiones. En ese sentido, con base en las facultades que la Institución tiene como administradores del Programa, perfectamente, la conciliación es una de las posibilidades para ello. En el tanto, es uno de los mecanismos que le permiten a la administradora, asegurar un uso eficiente de los recursos y un adecuado cumplimiento de las normas. La norma es muy clara en el sentido de cuál es el fin que persigue el RNC y hacia quiénes se deben dirigir y ese aspecto, apegado a la normativa de los reglamentos y a la forma en que se administra justicia, entonces, es un complemento.

El licenciado Barrantes Muñoz manifiesta su preocupación y hace una observación final, en términos de si se está generando una buena cantidad de procesos judiciales, los cuales terminan en conciliación, es un indicador de que convendría discutir el tema que genera el conflicto y ese aspecto, es un asunto que se debe discutir con el FODESAF, porque es el que tiene definido el tema de los parámetros de declaratoria de pobreza. Entonces, si al final el caso se termina conciliando, es tiempo, son recursos y pareciera pertinente que se examine de acuerdo con la estadística y el comportamiento real de la situación. Este fenómeno con FODESAF se aborde para definir, si hay posibilidades de reducir esa necesidad de estar recurriendo al conflicto en Sede Jurisdiccional.

Con respecto de la preocupación del licenciado Barrantes Muñoz, refiere la señora Presenta Ejecutiva que realmente la Institución es la que administra, pero también en ese administrar, es la responsable de realizar las evaluaciones. Es un aspecto que se ha estado visualizando, se ha hecho todo un trabajo de integración de combate a la pobreza, de referencias, de contra referencias y los gestores locales, entre otros. El asunto correspondiente a la remisión de potenciales beneficiarios del RNC, se está haciendo muchísimo más estricto, para que se cumpla con la normativa, porque el Programa del RNC está dirigido a las personas más pobres;

inclusive, se hizo una modificación a los reglamentos. Recuerda que el Reglamento planteaba que las personas que tuvieran un terreno o menos de un terreno, no podían ser partícipes del Programa y, en ese sentido, se modificó. No obstante, el estudio para asignar una pensión, se lleva a nivel local y es el que le recomienda al Nivel Central, en esos términos lo que hace es validar el informe local y tal vez, por el volumen de estudios que se están generando, le parece que debería haber una instancia para el administrado de revisión, la cual no genere más burocracia, pero sí mayor eficiencia en el momento de la respuesta. Repite, tal vez creando una instancia de revisión interna para la pensión rechazada, no para las otorgadas. En esos términos, le parece que habría que plantear una propuesta, la cual se tendría que trabajar para el próximo año y con ese mecanismo, eventualmente, se podría disminuir la cantidad de insatisfacciones. Estima que es mejor que se conozca si se está fallando, para luego pedir que se mejore el proceso internamente. Con un tiempo que se esté operando esa instancia de revisión de pensiones no otorgadas, porque es la lógica que está causando esa dificultad en el nivel local y no se resuelva desde la vía judicial externa a la Institución.

El Lic. Alfaro Morales señala que en la línea manifestada por la Dra. Sáenz Madrigal, hay una lógica que se ajusta, porque el asunto está muy bien, dado que la posibilidad de conciliar es no revictimizar al usuario en esta materia, lógicamente, bajo unos parámetros claros de legalidad y una fundamentación adecuada. La pregunta es por qué esperar ir a la Corte a conciliar, es decir, por qué ese salto entre la denegatoria de esa pensión, e ir a la Corte para conciliar masivamente, por qué no definir una instancia técnica, en la cual se revise al menos las pensiones denegadas, porque lo que ha sucedido, la razón es muy burda por lo que se niega una pensión, es un aspecto irrazonable y se convirtió en un litigio. Se podría crear una especie de Consejo integrado por un funcionario fuerte en materia de pensiones, un economista, entre otros y le indiquen a la Gerencia de Pensiones que se revisaron las pensiones denegadas y, por ejemplo, de diez pensiones denegadas, al menos cinco se debieron haber otorgado. Entonces, habría cinco litigios menos y el otorgamiento de pensiones sería más ágil. En esos términos, sería asegurarse de que lo que se vaya a litigar, tenga alguna razonabilidad, pero se cree que podría haber alguna revisión adicional, para ser eficaces en el tema.

Considera la Directora Soto Hernández que los rangos de conciliación deberían estar expuestos, es decir, lo acordado para la autorización por esta Junta Directiva.

Sobre el particular, señala el Lic. Cajina que en su momento, el acuerdo tenía todo el detalle de las condiciones y, luego, precisamente, por ese aspecto se está reformulando la propuesta de acuerdo, para que sea con base en los criterios y el margen de conciliación le sea otorgado al Director Jurídico. El acuerdo no tiene el detalle de cada una de esas circunstancias, pero se pueden observar en la presentación.

Insiste la licenciada Soto Hernández en que le gustaría analizar el tema, porque no lo tiene totalmente claro.

Le pregunta el Lic. Cajina a doña Mayra Soto si desea analizar las condiciones, en que se conciliaría o los requisitos.

Aclara la Directora Soto Hernández que el monto por conciliar.

El Lic. Cajina le explica a la licenciada Soto Hernández que las condiciones serían otorgar la pensión, a partir del día siguiente que se está conciliando, sin ningún tipo de interés, sin ningún tipo de retroactivo y sin costas. Cada parte asume sus costas, porque es un principio de la conciliación, cada uno asume los costos derivados para llegar a ese instituto y la Institución se compromete, a hacer efectivo el pago en un plazo máximo de 12 días. Ese aspecto es un tema importante, porque le da credibilidad al proceso y es lo que le puede ayudar al funcionario como abogado, a convencer al actor de por qué no es mejor esperar esa sentencia. A las personas hay que ofrecerles un monto atractivo desde el punto de vista de la oportunidad. En el caso del Régimen no Contributivo, si la persona tiene menos de 65 años, debe de haber estado acreditado que está inválida y a su vez, debe estar acreditado que es pobre. Si tiene más de 65 años no necesita la pericia médica, únicamente, la declaratoria de pobreza. En los casos de invalidez, la persona lo que requiere es estar inválido. Si esa persona, aún en ese panorama no está dispuesto a conciliar con la Institución, la posibilidad para el conciliador o representante de la Caja, es reconocerle la vigencia a partir de la pericia que indicó que estaba inválido, porque puede ser que se esté en el mes de diciembre y, por ejemplo, el dictamen esté hasta el mes de junio próximo, pero la persona indica que estaba inválida y no quiere renunciar a esos meses, por lo que se le podría reconocer esa vigencia. En su defecto, en casos en los cuales hay evidencia que el análisis administrativo fue muy estricto y desde ese momento, el sujeto tenía derecho al beneficio, la Institución podría reconocerle la vigencia a partir de la interposición del proceso judicial, pero sin intereses y sin costas. El tercer escenario es cuando un sujeto aun y ubicándolo en esas condiciones, no está dispuesto a conciliar porque considera que la Institución debe reconocerle las costas. En ese último escenario, fue en el que se eleva el monto de cincuenta mil colones, porque es el mínimo, de acuerdo con lo que ha venido fijando, los diferentes despachos del país por costas, si el monto se eleva a ciento cincuenta mil colones, para tener la posibilidad de negociar. Por ejemplo, si se analiza el siguiente caso: un sujeto tiene una pericia médica que indica que desde el mes de enero de este año está inválido y se le ofrece la pensión a partir de hoy, porque se está conciliando, pero la persona pierde el interés en conciliar y no está tomando como factor importante, el retroactivo que se le está dejando de pagar entre el mes de enero de este año a hoy, sino que lo que quiere es que la Institución, le pague costas y tal vez se le ofrece cincuenta mil colones y se pierde la posibilidad de un retroactivo de diez meses que son alrededor de doscientos mil colones, para ciertos tipos de pensión por no pagar un poco más de costas. En ese caso de negociación, se le podría ofrecer a la persona alrededor de ciento cincuenta mil colones de costas, pero que la vigencia sea a partir del acuerdo de conciliación.

Manifiesta el Director Gutiérrez Jiménez que, anteriormente, se había conversado sobre la necesidad de revisar los procedimientos que en el tema de pensiones se están dando. No se va a referir al caso en concreto, sino que al concepto que se he venido manteniendo. La Caja tiene, presuntamente, una actitud de “no y después vamos a ver”, porque es más fácil otorgar una pensión a través de una sentencia judicial, que asumir la responsabilidad de otorgarla y le parece que no está bien. Ese es un sentimiento y él no lo puede aprobar, pero de la experiencia que se ha tenido y por otro lado de los litigios que en algún momento, solicitó el informe para determinar cuántos procesos se estaban dando, en relación con el tema y era más de lo hubiera esperado. Recuerda que se había planteado por parte de la Junta Directiva, incluso, le había solicitado al señor Auditor en su momento y conoce que se realizó un estudio, en el que, precisamente, se evidencia no solo que hay muchos procesos, sino que el resultado no es el esperado, es decir, la causa por la que se rechaza la pensión, no es suficientemente robusta para no otorgarla y, entonces, se revertir el interés de lo que se tiene. Aparte de los números y de las

preocupaciones de los juicios, le parece que hay un tema de necesidad que es “ponerle el rostro humano” al asunto. Le preocupa cuando una persona, como ilustración, tiene tres años de litigar y durante ese tiempo esa persona no tuvo pensión, ya sea de invalidez, de viudez y otras. Mientras tanto esa persona, debe determinar cómo solucionaba el tema y son personas que están enfermas, o con dolor sentimental de haber perdido a su pareja, entre otros aspectos. Cree al igual que algunos señores Directores, que el tema se debe retomar y no es la primera vez al que hace referencia del asunto.

Continúa el Lic. Cajina y presenta la propuesta de acuerdo: “Con base en los términos del oficio número DJ-06252-2016/GP-61.746-2016 de fecha 19 de octubre del 2016, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico y el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, así como el oficio número DJ-2962-2016 de fecha 16 de mayo del 2016, suscrito por los licenciados Mario Cajina Chavarría, MBA y Gilberth Alfaro Morales, en su condición de Jefe del Área de Gestión Judicial y Director Jurídico por su orden respectivo, se acuerda delegar en el Director Jurídico y en los abogados que éste designe, la potestad de conciliar en los procesos judiciales del RIVM y RNC, bajo las condiciones y supuestos expuestos en dicho criterio técnico”. La segunda parte del acuerdo es muy importante para la efectividad de lo que se pretende es: “Instruir a la Gerencia Financiera, con el fin de que las Direcciones Regionales, tomen las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento del acuerdo conciliatorio dentro del plazo de doce días hábiles, con el fin de otorgar el beneficio a los actores con quienes se llegue a conciliar.” Qué significa en la parte operativa, si se van a conciliar, por ejemplo, ocho casos en Pérez Zeledón, en la Dirección Jurídica se está proyectando remitirle los datos de las ocho personas a la Sucursal, para que conozca que en caso de conciliarlo, hay que realizar los cálculos rápido y pagarlos. No obstante, por el modelo que se tiene en que la Gerencia de Pensiones, asume una de las partes y la Gerencia Financiera la otra, es importante.

Interviene el Subauditor y señala que con las intervenciones que la Auditoría Interna ha venido realizando, sobre el tema de los litigios en materia de RNC, efectivamente, se han detectado casos en los cuales los abogados litigantes externos. En ese sentido, les parece que con algún, eventual, grado de oportunismo, han visto la ocasión para demandar a la Institución, utilizando de alguna forma a potenciales beneficiarios del RNC, sentencias que con el tiempo se declaran en contra de la Institución y a favor del beneficiario, pero se firman y ese aspecto le preguntaba en este momento a don Gilberth Alfaro, un contrato potalitis, es decir, el porcentaje de lo que se le paga al beneficiario se le endosa el abogado litigante. Ese aspecto es concordante con lo que indicó don Rolando Barrantes, igual para efectos de los fondos de FODESAF, pues, al final se está teniendo un desvío de los recursos que, probablemente, no está llegando a la población meta, ni a la población objetivo, cuál es la población adulta mayor en condición de pobreza o pobreza extrema. De tal manera que a la Auditoría le parece importante, que a través de ese mecanismo se le de alguna potestad a la Dirección Jurídica y a los abogados institucionales, para que lleven esos procesos de conciliación, siempre y cuando, también, en la Institución se entienda que los abogados, van a ser sujetos de una serie de controles y de una serie de monitoreo, incluso, por qué no hasta del mismo control de la Auditoría Interna, para garantizar que esos procesos conciliatorios bajo ninguna circunstancia, estén favoreciendo la adjudicación de pensiones sin contar, estrictamente, con un elemento de legalidad, el cual es sumamente importante.

**Por tanto**, con base en los términos del oficio número DJ-06252-2016/GP-61.746-2016, de fecha 19 de octubre del año 2016, suscrito por y el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, y el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico, así como el oficio número DJ-2962-2016 del 16 de mayo del año 2016, que firman los licenciados Gilberth Alfaro Morales y Mario Cajina Chavarría, en su condición de Director Jurídico y Jefe del Área de Gestión Judicial y, por su orden respectivo, y en consideración de los beneficios que de esa propuesta se derivan para las partes, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** delegar en el Director Jurídico y en los abogados que éste designe la potestad de conciliar en los procesos judiciales de pensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, así como del Régimen no Contributivo, bajo las condiciones y supuestos expuestos en dicho criterio técnico, es decir:

**1.- Procesos judiciales de pensión por invalidez, vejez y muerte que cumplan las siguientes condiciones:**

- a.- Que, como parte de las pruebas aportadas al expediente judicial, conste la certificación que acredite el cumplimiento de las cotizaciones o aportaciones vigentes, en la forma dispuesta por el artículo 6 del Reglamento.
- b.- Que se haya comprobado el estado de invalidez del solicitante a través de las pericias realizadas por Medicina legal o Consejo Médico Forense, para lo cual el abogado deberá de ejercer todos los recursos a su disposición.

Encontrándonos ante el cumplimiento de ambos requisitos en sede judicial, se autoriza a llegar a un acuerdo conciliatorio en las siguientes condiciones:

- a.- Otorgar la pensión a partir del día hábil siguiente a la fecha de la conciliación judicial.
- b.- Que cada parte asuma sus costas personales y procesales, máxime en casos de no existir patrocinio letrado.
- c.- Y que la Institución se comprometa a hacer efectivo el pago en un plazo de doce días hábiles, sin que ello genere pago de interés alguno.

En caso de negativa del actor, el abogado o apoderado judicial de la Institución podría reconocer el pago de la pensión a partir de la fecha determinada por la pericia forense o a partir de la interposición de la demanda, pero siempre sin intereses y costas personales y procesales.

En casos particulares y justificados por el abogado podría, de manera excepcional, reconocer hasta la suma de CIENTO CINCUENTA MIL COLONES por concepto de costas personales, pero siempre sin pago alguno de intereses, suma que corresponde a los honorarios mínimos que en promedio son concedidos por los Tribunales de Justicia.

**2.- Procesos judiciales de pensión por el Régimen no Contributivo en los que se cumplan las siguientes condiciones:**

- A.- Para el caso de personas inválidas**, es decir, menores a los 65 (sesenta y cinco) años de edad y que, por ende, necesiten acreditar su invalidez, a través de las pericias realizadas

por Medicina Legal o Consejo Médico Forense, para lo cual el abogado deberá de ejercer todos los recursos a su disposición.

Que se haya acreditado el estado de necesidad de amparo económico, ya sea en sede administrativa por parte de la institución o en su defecto en sede judicial, a través de un estudio social realizado por la institución o por el Poder Judicial, el cual no podrá tener una antigüedad mayor a un año.

**B.- Para el caso de personas adultas mayores, con 65 (sesenta y cinco) o más años de edad y que, por ende, no requieran acreditar invalidez alguna:**

a.- Que se haya acreditado el estado de necesidad de amparo económico, ya sea en sede administrativa, por parte de la Institución, o en su defecto en sede judicial, a través de un estudio social realizado por la Institución o por el Poder Judicial, el cual no podrá tener una antigüedad mayor a un año.

Encontrándonos ante el cumplimiento de ambos requisitos en sede judicial, se autoriza a llegar a un acuerdo conciliatorio en las siguientes condiciones:

- a.- Otorgar la pensión a partir del día hábil siguiente a la fecha de la conciliación judicial,
- b.- Que cada parte asuma sus costas personales y procesales,
- c.- Y que la Institución se comprometa a hacer efectivo el pago en un plazo de doce días hábiles, sin que ello genere pago de interés alguno.

En caso de negativa del actor, el abogado o apoderado judicial de la Institución podría reconocer el pago de la pensión a partir de la fecha determinada por la pericia médica o social forense o administrativa o a partir de la interposición de la demanda, pero siempre sin intereses y costas personales y procesales.

En casos particulares y justificados por el abogado podría, de manera excepcional, reconocerse hasta la suma de CIENTO CINCUENTA MIL COLONES por concepto de costas personales, pero siempre sin pago alguno de intereses, suma que corresponde a los honorarios mínimos que en promedio son concedidos por los Tribunales de Justicia en casos de esta naturaleza.

Asimismo, se instruye a la Gerencia Financiera, con el fin de que las Direcciones Regionales de Sucursales tomen las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento del acuerdo conciliatorio dentro del plazo de doce días hábiles, con el fin de otorgar el beneficio a los actores con quienes se llegue a conciliar.

## **ARTICULO 7º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-41477-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

## **ARTICULO 8º**

“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-41477-2017**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

## ARTICULO 9°

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

Ingresan al salón de sesiones el licenciado Ronald Lacayo Monge, Gerente Administrativo, y la licenciada Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica.

## ARTICULO 10°

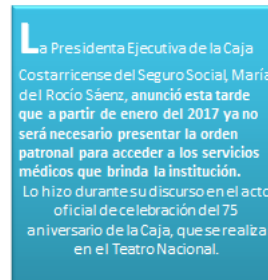
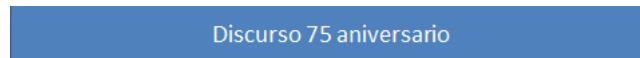
Se tiene a la vista el oficio N° GA-49414-2016, de fecha 14 de diciembre del año 2016, que contiene la propuesta de modificación a los artículos 61 y 74 del *Reglamento del Seguro de Salud*, en atención de la eliminación del requisito de presentación de la orden patronal impresa en los servicios institucionales a partir de enero del año 2017.

La exposición está a cargo de la licenciada Ovares Aguilar, con base en las siguientes láminas:

I)



II)



III)



## PLAN DE ACCIÓN



IV)



V)

Videos y pautas publicitarias

Medios que bonificaron comerciales	
<b>Radio</b>	<b>Televisión</b>
Radio 2	Cinemark
Columbia Estereo	Cinépolis
Sinfonola	Noche sin tregua (canal 33)
Omega	Teleclub (canal 33)
Ok radio	Canal 36 (Guanacaste)
IQradio	Telefides
Super Radio	Canal 42 (noticias)
Musical	Todo sobre belleza (canal 33)
	Canal 42 (deportes)

**Medios contratados:** canal 7, canal 6, Noticias Columbia, Noticias Monumental y Q Teja radio.

VI)



VII)

**Video Conferencias**

**Videoconferencia: Módulo de validación de derechos acceso, uso y buenas prácticas**

Publicado el Jueves, 08 Diciembre 2016 06:00      Escrito por Luis Alonso Ramírez Vega

La herramienta institucional para validar la condición de aseguramiento de las personas usuarias a partir de enero del 2017, es el módulo de validación de derechos disponible por medio del portal web institucional.

Conocer el detalle de este módulo, su evolución y las buenas prácticas fue el objetivo de la videoconferencia que se brindó por parte de las compañeras Karla Murillo, de la Dirección de Coberturas Especiales y Gabriela Blanco, del área de Validación y

Facturación del área de salud de Coronado.  
Leer más...

Eliminación Orden Patrona  
Propietario: aremreg  
Canal: Principal

Generación Clave de acceso  
Propietario: administrador  
Canal: Principal



VIII)

**Plan**

- 1 Planes Gerenciales ✓
- 2 Comunicación ✓
- 3 Actualización normativa
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_



IX)

Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia Administrativa



**Propuesta para la modificación  
Reglamento Seguro de Salud  
Artículos 74 y 61**

DJ-7311-2016

X)

ARTÍCULO 74° TEXTO VIGENTE	ARTÍCULO 74° PROPUESTA DE REFORMA
<p><b>Artículo 74:</b> De los requisitos formales para recibir servicios de salud.</p> <p>Para demandar los servicios de salud, los asegurados deberán acreditar su condición con los siguientes documentos:</p> <p>a) Cédula de identidad o documento idóneo de similar rango debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica, en el caso de los extranjeros (es). b) Tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal. c) Carné de asegurado.</p> <p>En el caso de personas con discapacidad visual, únicamente se requerirá la presentación de la cédula de identidad o documento idóneo de similar rango debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica para el caso de los extranjeros (es) y tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal<sup>1</sup> (o destacado en negro correspondiente al texto modificado y al adicional).</p> <p>Cuando la necesidad de atención médica sea urgente, ésta se brindará de forma inmediata pero oportunamente deberá procederse a las verificaciones respectivas y al cobro cuando correspondiera.</p> <p>Cuando un usuario utilice documentos de asegurado que no le correspondan con el fin de recibir atención médica, el Director del centro asistencial respectivo estará en la obligación de denunciar los hechos ante el Ministerio Público o los tribunales respectivas correspondientes. Si no cumplimiento oportuno de esta obligación, sin justa causa, se calificará como falta grave para los efectos laborales y administrativos. Si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acreditan como tal, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, pero a no acreditarse su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes.</p> <p>Los servicios que se otorgan a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza o quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que correspondiera.</p> <p>(Así reformado mediante sesión N°2403 del 5 de diciembre del 2009).</p>	<p><b>Artículo 74:</b> De los requisitos formales para recibir servicios de salud.</p> <p>Para acceder a los servicios de salud, los usuarios deberán presentar, con vigencia al día, la cédula de identidad o documento de similar rango debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica, en el caso de los extranjeros (es) y carné de asegurado cuando correspondiera.</p> <p>En el caso que la Administración cuente con los mecanismos tecnológicos disponibles para verificar su identificación y adscripción, se procederá de la solicitud de documento adicional.</p> <p>Cualquier disposición que se oponga a lo aquí normado se tendrá por modificada o no conducente.</p>

XI)

ARTÍCULO 61° TEXTO VIGENTE	ARTÍCULO 61° PROPUESTA DE REFORMA
<p><b>Artículo 61°:</b> De la prestación de servicios a no asegurados.</p> <p>En caso de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica.</p> <p>En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurado antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la institución.</p>	<p><b>Artículo 61°:</b> De la prestación de servicios a usuarios sin modalidad de aseguramiento.</p> <p>En caso de usuarios sin modalidad de aseguramiento, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica.</p> <p>Si el usuario se presenta sin su documento de identidad, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, si dentro de los tres días posteriores a la fecha en que concluyó la primera atención médica, no presenta documento de identidad, el servicio le será facturado y cobrado por las vías que fueren pertinentes.</p> <p>En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el usuario sin modalidad de aseguramiento antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la institución.</p> <p>Los servicios que se otorgan a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza o quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que correspondiera.</p>

XII) Propuesta de acuerdo:

Con fundamento en el oficio DJ-7311-2016, recibido el 14 de diciembre del 2016 y suscrito por la Dirección Jurídica, para la propuesta de reforma de los artículos 61 y 74 del Reglamento de Salud y habiéndose otorgado el visto bueno por parte del Oficial de Simplificación de Trámites y Gerente Administrativo según oficio GA-49914-2016 de conformidad con lo estipulado en el acuerdo 2 de la sesión N° 8842, celebrada el 12 de mayo de 2016, la Junta Directiva acuerda:

**ACUERDO UNICO:** Aprobar la propuesta de reforma de los artículos 61 y 74 del Reglamento del Seguro de Salud, en los términos indicados en el aparte III del oficio GA-49914-2016.

Refiere el Gerente Administrativo que este tema está relacionado con el anuncio que se realizó, en el mes de noviembre pasado, en relación con la eliminación de la orden patronal, como requisito para trámites en la Institución. Esa noticia fue muy bien recibida a nivel nacional y por el Gobierno de la República. Hace énfasis en que se ha venido trabajando en un plan de acción que culmina con el anuncio señalado, en el cual participaron todas las Gerencias, cada una en su ámbito de competencia y generaron los respectivos planes para que sea una realidad a partir del mes de enero próximo. Se trabajó en una serie de estrategias de comunicación, por ejemplo, a nivel de radio, cine, televisión y prensa escrita, con el fin de sensibilizar tanto a lo interno como a lo externo en relación con el tema, porque parece sencillo pero, realmente, ha generado mucha expectativa en unos casos y muchas dudas en otros, pero el tema se ha venido solventando. En la página Web se ha habilitado un micrositio denominado “Mi orden patronal.com”, donde vienen preguntas frecuentes, se hace referencia del cambio, además de la oficina virtual y se incluye una serie de información, la cual son los elementos tanto para externos como internos que se ha dispuesto. Para sensibilizar internamente, se han desarrollado al menos tres videoconferencias. En resumen, se trabajó en el Plan con cada Gerencia, se diseñó la estrategia de comunicación y lo que se presenta en este momento, es una actualización de la normativa, porque en el artículo 74° del Reglamento de Salud, hace referencia de la orden patronal. La idea que detallará la Licda. Mariana Ovares, es para ajustar la normativa y el Reglamento, ya no haga referencia a un documento que no existe como tal y ese aspecto es lo que se propone a continuación.

Expone la Licda. Ovares que para efectos de operativizar el tema de la orden patronal, se realizó un estudio del artículo 74° del Reglamento del Seguro de Salud y se elaboró una propuesta de reforma. Entonces, de la revisión del citado artículo, se puede observar el texto vigente y a la parte de la propuesta de reforma. En ese sentido, la propuesta de reforma es corta, porque luego de la revisión del citado artículo 74°, se determinó que un par de párrafos no pertenecían al tema regulado en ese artículo, porque son, propiamente, los requisitos para acceder a los servicios de salud. Por ese aspecto, también se propone la reforma al artículo 61° del Reglamento de Salud, porque a los párrafos que están se les hizo un ajuste y se trasladaron al artículo 61° del citado Reglamento. En el artículo 74° citado, para acceder a los servicios de salud, se elimina el requisito de presentar la orden patronal, también se amplía el término que había antes de asegurados y se hace referencia de los usuarios, para efectos de simplificar la norma, porque en el párrafo tercero, la norma hace referencia de requisito que deberían de presentar las personas con discapacidad visual y al indicar usuarios, todas las personas están incluidas. Además, se agrega que: “En el caso que la administración cuente con los mecanismos tecnológicos disponibles, para verificar su identificación y adscripción, se prescindirá de la solicitud del documento adicional”. Por ejemplo, es el caso cuando a partir del próximo año, la Institución esté preparada para hacer la verificación del usuario del servicio vía internet y cualquier disposición que se oponga, a lo aquí normado se tendrá por modificada en lo conducente. Ese aspecto para efectos, también, de actualizar varios artículos de otras normativas, porque también solicitan como requisito la presentación de la orden patronal. En cuanto al artículo 61° del Reglamento del Seguro de Salud, el cual regula la prestación de los servicios a no asegurados, igual para efectos de ser más precisos en el documento, se varió de no asegurados a servicios a usuarios en modalidad de aseguramiento. Los dos párrafos que se comentaban, los cuales estaban contenidos en el artículo 74° del Reglamento del Seguro de Salud, están relacionados básicamente. Entonces, el tema de la atención de urgencia y la presentación y la acreditación que tiene el usuario, para presentar su identificación cuando llega a la atención y no la tiene, se

traslada a ese artículo 61° del Reglamento del Seguro de Salud, porque es el que regula todo el tema de la atención de urgencias y emergencias, a los no asegurados y, además, en caso de permisos que se otorgan a personas extranjeras. Lo que se hizo fue ajustar a la normativa, eliminar el requisito de la orden patronal y ajustar el tema que estaba regulado en el artículo 74° del Reglamento del Seguro de Salud y se traslada al artículo 61° del citado Reglamento.

Por su parte, al Director Alvarado Rivera le parece muy bien que se esté avanzando en la línea, para hacer tecnológico todos los procesos, pero tiene una inquietud. Se están empadronando trabajadores indocumentados que vienen a Costa Rica, provisionalmente, a trabajar. Entonces, qué sucede cuando se elimina la orden patronal, qué van a presentar esas persona, o cómo se van a atender, van a quedar incluidas dentro de los registros y aun así, van a ser atendidos porque ya cuentan con un histórico en la Institución.

Responde el Lic. Lacayo que cada vez que se incluye un trabajador en la planilla, si es extranjero, se le asigna un número de asegurado y el sistema revisa tanto a personas nacionales como extranjeras.

Insiste el licenciado Alvarado Rivera si esas personas van a tener una cédula o documento físico, porque son indocumentados.

Aclara el Lic. Lacayo que se les solicita el pasaporte, entonces, para temas de adscripción, se les solicita el carné de asegurado, porque ese documento no se ha eliminado todavía. Por lo que el documento de identificación y la aprobación del derecho se hacen en el sistema.

Puntualiza don Renato Alvarado que otro tema que hay que contemplar, se relaciona con criterios discrecionales de algunas unidades, porque tomaron la decisión de no atender a indocumentados que están empadronados, porque le están cobrando al patrono por tener a las personas empadronadas. No obstante, en el momento en que el usuario llega, por ejemplo, a la clínica no lo quieren atender, porque se indica que es indocumentado. Ese aspecto le parece que es una contradicción, porque o no se empadronan y no se atienden, o se empadronan, se les cobra y se les atiende. Comenta que ha recibido muchas quejas, principalmente, del sector agropecuario de cosechadores que llegan temporalmente al país, obligan a los patronos a que los empadronen pero no los atienden. Lo que están haciendo es no empadronándolos en la Caja, sino que los inscriben en el Instituto Nacional de Seguros (INS) y cuando tienen un accidente de riesgo de trabajo, son remitidos solo al INS, pero la Institución pierde la oportunidad de tenerlos empadronados.

Señala el Lic. Lacayo que se ha emitido varias circulares de la parte financiera, referidas al tema para que se atiendan esas personas.

El Director Alvarado Rivera plantea que se gire una directriz y transferirla a los patronos, porque son los que están teniendo los problemas y le preocupa, porque la Caja está perdiendo mucho empadronado.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y señala que se une a este esfuerzo de la Institución de aplicar, en este punto la agilización de trámites. Sin embargo, tiene algunas dudas, pero piensa que el proceso es un avance. Lo que entiende es que la orden patronal, ya no será un requisito

presentarla para recibir la atención médica, ni el servicio, pero sí se debe presentar la cédula de identidad o un documento idóneo. Otro aspecto, es el tema del aseguramiento, lo cual es un tema aparte y es porque se están mezclando los dos temas. Interpreta que cuando se da el mandato de universalizar, todas las personas tienen que tener alguna modalidad de aseguramiento. Ese es un tema que habrá que profundizar más, en términos de cómo se avanza en el asunto de las modalidades de aseguramiento, es decir, en lograr que toda la población esté en alguna modalidad de aseguramiento. En el Reglamento del Seguro de Salud, se indica que si una persona no está asegurada, se le ofrecerán las alternativas; pero cree que es la oportunidad de darle seguimiento. Si la persona no está asegurada, hay que darle seguimiento, no es que si la persona quiera o no quiera. Así planteado es un tema discrecional y esa es una inquietud que tiene y manifiesta. La otra duda se relaciona con el segundo párrafo del artículo 61° del Reglamento citado, en términos de que cuando una persona no presenta el documento de identidad, y dice: “si no presenta el documento de identidad, le será facturado y cobrado por las vías que fueran pertinentes”, por lo que se pregunta a quien se le cobra, porque ni siquiera se ha logrado tener la identidad de la persona.

Responde el Subgerente Jurídico que, evidentemente, sucede que se está visualizando el asunto, en situaciones de emergencia o urgencia. Lo que no se puede descartar es que, porque el sujeto no tenga documentos de identidad, en ese momento no sea identificable, porque puede ser un familiar que indica quién es y donde vive, pero no se tiene el documento. Lo que se quiere rescatar es que en muchos de los casos, el sujeto no se identifica; pero en otros sí es identificable por el familiar o el vecino, entre otros. Entonces, puede que la administración opte por un procedimiento administrativo interno o una demanda judicial, es un capítulo abierto a la posibilidad de cobrar.

Insiste el licenciado Barrantes Muñoz que lo que le llamó la atención, es el gran tema de verificar de alguna manera la identidad de la persona y ese aspecto, es un elemento indispensable para proceder a la acción cobratoria, o al aseguramiento si fuera el caso y, posteriormente, si la persona no presenta la cédula de identidad, sí debe contar con el carné de aseguramiento. Solo se podrá hacer las verificaciones con recursos tecnológicos, pero en la realidad se va a tener una buena cantidad de áreas en la Institución, en donde todavía no hay esa posibilidad. El artículo 74° del Reglamento del Seguro de Salud indica: “En el caso que la administración cuente con los mecanismos tecnológicos disponibles, para verificar su identificación y adscripción, se prescindirá de la solicitud de documento adicional”. Entonces, ese concepto de documento adicional es muy amplio, supone que es el carné de asegurado. La administración es, fenomenalmente, creativa para dotarse de elementos que pueden llevar a impedir la prestación de los servicios, por lo que le parece que se debe precisar, porque de lo contrario, se estaría dejando abierto un espacio para la discrecionalidad, a interpretar cuál es ese documento adicional, el cual puede satisfacer al funcionario lo que debe presentar.

El Gerente Administrativo indica que la idea es que no se tenga que solicitar un documento adicional, por ejemplo, si se inventa algún otro que no sea el carné, es para defender al asegurado.

Pregunta el Director Barrantes Muñoz de cuál documento se está hablando.

Contesta la Licda. Ovares que el documento adicional para este caso sería el carné de asegurado de la persona.

Indica el licenciado Barrantes Muñoz que el otro tema es que la orden patronal, si se observa tiene la identificación del patrono, la identificación del usuario, la información de salario, de aportes y de subsidio diario. Es un conjunto de información que muchas personas la guardan, porque es un mecanismo de seguimientos por las cuotas al Régimen de Pensiones, entre otros aspectos.

Apunta el Lic. Lacayo que en la Caja no se requiere el documento, pero se habilita la versión digital, la cual se le envía por correo a cada asalariado. Por lo que la campaña de información que la Dirección de Comunicación incluyó, así como el tema virtual del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), es donde está toda la información y la orden formal digital; además, el acceso a otros datos más allá de la orden patronal. Repite, se está remitiendo la versión digital vía correo electrónico.

El licenciado Barrantes Muñoz manifiesta que le satisface lo anterior, siendo que ese aspecto ya está claro, en la campaña que se está llevando a cabo y en las ideas que se están adoptando.

La Licda. Ovares expone la propuesta de acuerdo: “Aprobar la propuesta de reforma a los artículos 61° y 74° del Reglamento del Seguro de Salud, en los términos indicados en el apartado 3) del oficio N° DA 49914-16 de fecha 14 de diciembre del año 2016.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio N° GA-49414-2016, fechado 14 de diciembre del presente año, que firma el señor Gerente Administrativo, que en adelante se transcribe, en lo pertinente y que contiene la propuesta de modificación a los artículos 61 y 74 del *Reglamento de Salud*:

## I. “ANTECEDENTES

Durante la sesión N° 8842, celebrada el 12 de mayo de 2016, la Junta Directiva conoció el oficio número GA-47861-2016, del 2 de mayo del año en curso, en el cual se presentan algunos antecedentes en materia de simplificación de trámites de la institución asimismo una propuesta de fortalecimiento misma que fue aprobada por la Junta Directiva en los siguientes términos:

(...)

Acuerdo 1: en cumplimiento de lo que establece la Ley 8220, su Reglamento y la Guía Metodológica dictada por el MEIC (Ministerio de Economía, Industria y Comercio) en su condición de Órgano Rector, establecer como responsable funcional del tema y del Programa de Mejora Regulatoria y Simplificación de Trámites, a la Dirección de Sistemas Administrativos de la Gerencia Administrativa. Se mantiene la Oficialía en el Gerente Administrativo -en razón de la transversalidad de sus funciones- así como la conducción de la Comisión de Mejora Regulatoria. Sus funciones serán las establecidas en la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Trámites Administrativos y su Reglamento.

Acuerdo 2: todo trámite de mejora regulatoria a nivel institucional (reformas reglamentarias o trámites que impliquen a los usuarios), de previo a su oficialización por parte de la autoridad competente, deberá contar con el visto bueno del Oficial de Simplificación de Trámites Institucional, en consonancia con lo que establece la Ley 8220 y su Reglamento. (...)

Asimismo dentro de las gestiones realizadas por el Oficial de Simplificación de trámites y el equipo de expertos que lo acompañan acorde con lo expuesto el 10 de octubre del 2016 en el Concejo de Presidencia y Gerentes, se presenta la propuesta de proyectos de simplificación de trámites que conlleva la mejora regulatoria siendo uno de estos proyectos la: “Eliminación del requisito orden patronal” misma que fue acogida y de la cual surge el oficio PE-63766-2016, que para los efectos que nos ocupan se destacan los siguientes acuerdos:

(...)

3. Con base lo expuesto por el Gerente Administrativo y lo concertado por este Consejo, se solicita a las Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnologías que, en favor de una adecuada simplificación de trámites al ciudadano, y en coordinación con la Oficialía de Simplificación de Trámites, se realicen las acciones necesarias para dejar de imprimir y solicitar la orden patronal en los servicios institucionales a partir del 1 de noviembre del presente.

4. Se solicita a las Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnologías que, en coordinación de la oficialía de Simplificación de Trámites, elaboren un plan de acción para la eliminación del carné de asegurado en el caso de nacionales, con un plazo máximo de tres meses.

5. Se solicita a la Gerencia Financiera y la Gerencia Médica que, considerando los criterios y propuestas presentadas por la Dirección Jurídica en esta sesión, presente a la Oficialía de Simplificación de Trámites, en un plazo de 20 días hábiles, una propuesta de reforma al Reglamento del Seguro de Salud para ajustar los requerimientos del beneficio familiar a la normativa de simplificación de trámites, la cual, siendo sometida a aprobación de la Junta Directiva, deje sin efecto el Manual de Adscripción y Beneficio Familiar 2014.

6. Se solicita a la Gerencia Administrativa, que, por medio de la Dirección de Comunicación Organizacional, se implemente la Estrategia de Comunicación en Simplificación de Trámites y Mejor Regulatoria. (...)

Se definió con la Presidencia Ejecutiva implementar la eliminación del requisito de la orden patronal en los servicios institucionales a partir del 01 de enero del 2017, a efecto de desarrollar una agresiva campaña de comunicación interna y externa.

## **II. CONSIDERACIONES TÉCNICAS**



La Gerencia Administrativa como entidad en la que recae la Oficialía de Simplificación de Trámites a nivel institucional identificó a través de su trabajo de campo en las diferentes instancias, la viabilidad de eliminar el requisito de orden patronal. En razón de ello y con la aprobación del Consejo de Presidencia y Gerentes se definió un plan de acción para implementar este proyecto de simplificación, dentro de las acciones identificadas se estableció la necesidad de modificar el Reglamento de Salud en sus artículos 61 y 74.

Así las cosas, el Área Coberturas del Estado analiza técnicamente la propuesta de mejora regulatoria y la Dirección Jurídica revisada y analizada la integralidad y legalidad de la propuesta mediante el oficio DJ-7311-2016, presenta la nueva redacción de los artículos 61 y 74 del Reglamento del Seguro de Salud.

**III. PROPUESTA PARA LA MODIFICACIÓN LOS ARTÍCULOS 61 Y 74 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD**

<p align="center"><b>ARTÍCULO 61° TEXTO VIGENTE</b></p>	<p align="center"><b>ARTÍCULO 61° PROPUESTA DE REFORMA</b></p>
<p><b>Artículo 61° De la prestación de servicios a no asegurados.</b></p> <p>En caso de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica.</p> <p>En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurado antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la Institución.</p>	<p><b>Artículo 61° De la prestación de servicios a usuarios sin modalidad de aseguramiento.</b></p> <p>En caso de usuarios sin modalidad de aseguramiento, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica.</p> <p>Si el usuario se presenta sin su documento de identidad, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, <b>si dentro de los tres días posteriores a la fecha en que concluyó la primera atención médica, no presenta documento de identidad, el servicio le será facturado y cobrado por las vías que fueren pertinentes.</b></p> <p>En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el usuario sin modalidad de aseguramiento antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la Institución.</p> <p>Los servicios que se otorguen a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza a quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que corresponda.</p>
<p align="center"><b>ARTÍCULO 74°</b></p>	<p align="center"><b>ARTÍCULO 74°</b></p>

TEXTO VIGENTE	PROPUESTA DE REFORMA
<p><b>Artículo 74:</b> De los requisitos formales para recibir servicios de salud.</p> <p>Para demandar los servicios de salud, los asegurados deberán acreditar su condición con los siguientes documentos:</p> <p>a) Cédula de identidad o documento idóneo de similar rango debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica, en el caso de los extranjeros (as).</p> <p>b) Tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal.</p> <p>c) Carné de asegurado.</p> <p>En el caso de personas con discapacidad visual, únicamente se requerirá la presentación de la cédula de identidad o documento idóneo de similar rango debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica para el caso de los extranjeros (as) y tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal" (lo destacado en negrita corresponde al texto modificado y al adicionado).</p> <p>Cuando la necesidad de atención médica sea urgente, ésta se brindará de forma inmediata pero oportunamente deberá procederse a las verificaciones respectivas y al cobro cuando corresponda.</p> <p>Cuando un usuario utilice documentos de asegurado que no le pertenezcan con el fin de recibir atención médica, el Director del centro asistencial respectivo estará en la obligación de denunciar los hechos ante el Ministerio Público o los tribunales represivos correspondientes. El no cumplimiento oportuno de esta obligación, sin justa causa, se calificará como falta grave para los efectos laborales y administrativos.</p> <p>Si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acrediten como tal, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, pero si no acredita su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes.</p> <p>Los servicios que se otorguen a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza a quienes no les puede ser otorgado</p>	<p><b>Artículo 74:</b> De los requisitos formales para recibir servicios de salud.</p> <p>Para acceder a los servicios de salud, los usuarios deberán presentar, con vigencia al día, la cédula de identidad o documento de similar rango debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica, en el caso de los extranjeros (as) y carné de asegurado cuando corresponda.</p> <p>En el caso que la Administración cuente con los mecanismos tecnológicos disponibles para verificar su identificación y adscripción, se prescindirá de la solicitud de documento adicional.</p> <p>Cualquier disposición que se oponga a lo aquí normado se tendrá por modificada en lo conducente.</p>

<p>el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que corresponda".</p> <p>(Así reformado mediante sesión N°8403 del 3 de diciembre del 2009).</p>	
---	--

#### IV. RECOMENDACIÓN

Esta gerencia, en su condición de Oficial de Simplificación de Trámites, tomando en consideración la viabilidad técnica y el criterio jurídico DJ-7311-2016, recomienda a esa estimable Junta Directiva aprobar la reforma propuesta para los artículos 61 y 74 del Reglamento de Salud ...”,

así como en el oficio número DJ-7311-2016, recibido el 14 de diciembre del 2016 y suscrito por la Dirección Jurídica, habiéndose otorgado el visto bueno por parte del Gerente Administrativo, en su condición de Gerente Administrativo y de Oficial de Simplificación de Trámites, de conformidad con lo estipulado en el artículo 2° de la sesión N° 8842, celebrada el 12 de mayo del año 2016, con base en la recomendación del licenciado Lacayo Monge y la facultad que le confiere el artículo 14°, inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** reformar los artículos 61 y 74 del *Reglamento del Seguro de Salud*, para que en adelante se lean así:

#### **REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD**

##### **“Artículo 61° De la prestación de servicios a usuarios sin modalidad de aseguramiento.**

En caso de usuarios sin modalidad de aseguramiento, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica.

Si el usuario se presenta sin su documento de identidad, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, **si dentro de los tres días posteriores a la fecha en que concluyó la primera atención médica, no presenta documento de identidad, el servicio le será facturado y cobrado por las vías que fueren pertinentes.**

En caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el usuario sin modalidad de aseguramiento antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la Institución.

Los servicios que se otorguen a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza a quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que corresponda.

##### **Artículo 74: De los requisitos formales para recibir servicios de salud.**

Para acceder a los servicios de salud, los usuarios deberán presentar, con vigencia al día, la cédula de identidad o documento de similar rango debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica, en el caso de los extranjeros (as), y carné de asegurado cuando corresponda.

En el caso que la Administración cuente con los mecanismos tecnológicos disponibles para verificar su identificación y adscripción, se prescindirá de la solicitud de documento adicional.

Cualquier disposición que se oponga a lo aquí normado se tendrá por modificada en lo conducente.

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

La licenciada Ovares Aguilar se retira del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 11°**

**Se toma nota** de que el oficio N° GA-49332-2016/GM-SJD-22994-2016, de fecha 5 de diciembre del año 2016, que firman la Gerente Médico y el Gerente Administrativo, mediante el que se presenta la propuesta “*Programa Nacional Promoción de Actividad Física y Estilo de Vida Saludable*” (se atiende solicitud del Director Barrantes Muñoz), se distribuye para su estudio y conocimiento en la sesión del 12 de enero próximo.

El licenciado Lacayo Monge se retira del salón de sesiones.

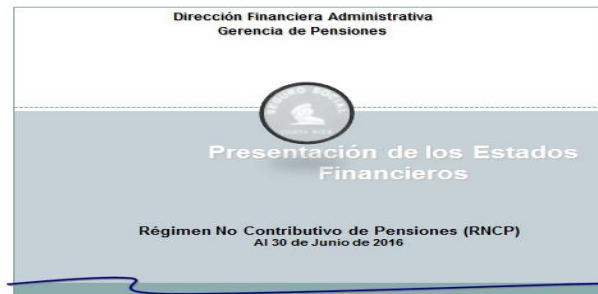
Ingresa al salón de sesiones el Gerente de Pensiones, licenciado Jaime Barrantes Espinoza.

#### **ARTICULO 12°**

Se tiene a la vista el oficio N° GP-62.737-2016, de fecha 28 de noviembre del año 2016, que firma el Gerente de Pensiones y por medio del que presenta los estados financieros institucionales del Régimen no Contributivo a junio del año 2016.

La presentación está a cargo del licenciado Barrantes Espinoza, con base en las siguientes láminas:

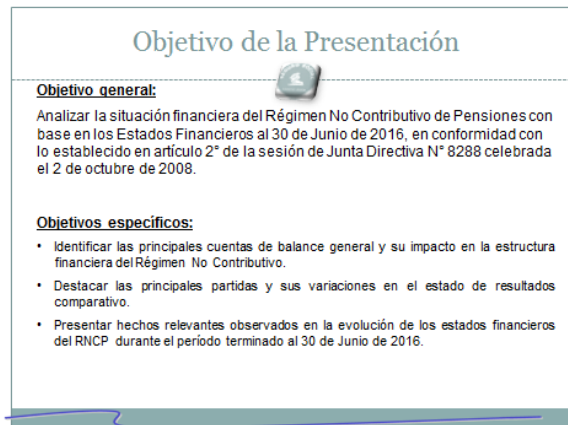
i)



ii) Antecedentes:

- Dicho fondo tiene como fin, proveer una pensión por monto básico a aquellos ciudadanos que, encontrándose en necesidad de amparo económico inmediato, no hayan cotizado para ninguno de los regímenes contributivos existentes, o bien no hayan cumplido con el número mínimo de cotizaciones o plazos de espera exigidos por estos para optar a una pensión.
- En el Artículo 4 de la Ley 5662 del 23 de Diciembre de 1974 llamada Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se designa a la Caja Costarricense de Seguro Social, como entidad administradora de este régimen a título de programa adicional al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

iii)



iv) Régimen No Contributivo de Pensiones  
Estado de Resultados  
Comparativos  
30 Junio 2016 – 2015.

v)

RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES						
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS						
Al 30 de Junio del 2016 y 2015						
(Cifras en millones de colones)						
CONCEPTO	30/06/2016	%	30/06/2015	%	VAR. e	VAR. %
<b>INGRESOS</b>						
Transf. Ley Protec. Trabajador Art. 87	33.315	43%	32.681	49%	634	2%
Planillas Seguro Social	16.313	24%	15.116	23%	1.197	8%
Impuesto de Ventas	12.379	18%	12.257	18%	122	1%
Otros Ingresos	7.233	10%	6.945	10%	287	4%
<b>TOTAL PRODUCTOS</b>	<b>69.239</b>	<b>100%</b>	<b>66.979</b>	<b>100%</b>	<b>2.260</b>	<b>3%</b>
<b>GASTOS</b>						
Pensiones	55.371	79%	51.080	79%	4.291	8%
Servicio Médico y Administrativo	10.081	14%	9.237	14%	844	9%
Decimo tercer mes R.N.C.P.	4.605	7%	4.244	7%	361	9%
Otros Gastos del Periodo	-	0%	-	0%	-	-
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>70.057</b>	<b>100%</b>	<b>64.561</b>	<b>100%</b>	<b>5.496</b>	<b>8%</b>
<b>EXCEDENTE PRODUCTOS SOBRE GASTOS</b>					<b>(3.218)</b>	<b>(144%)</b>

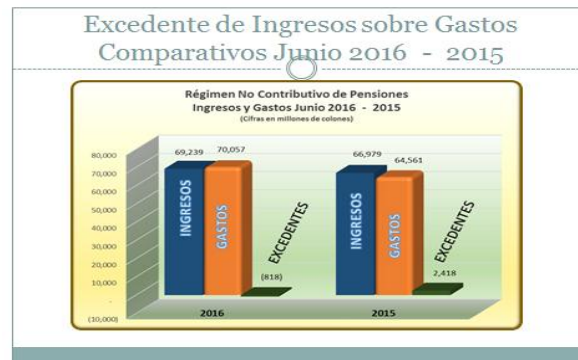
vi)



vii)



viii)



ix) Régimen No Contributivo de Pensiones

Balance de Situación Comparativo  
30 de junio 2016 – 2015.

x)

**Activos**

REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES POR MONTO BÁSICO  
BALANCE DE SITUACIÓN COMPARATIVO  
Al 30 de Junio de 2016 y 2015  
(Cifras en millones de colones)

ACTIVOS	2016		2015		Variación	
	Absoluta	Porcentual	Absoluta	Porcentual	Absoluta	Porcentual
<b>Activo Corriente</b>						
Banco	7.604	30%	8.154	30%	-550	-7%
Inversiones	6.806	28%	10.760	39%	-4.254	-40%
Cuentas por Cobrar	11.352	48%	8.610	31%	2.742	32%
Gastos Diferidos	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total Activo Corriente</b>	<b>25.442</b>		<b>27.524</b>		<b>-2.082</b>	<b>-7%</b>
<b>Activo No Corriente</b>						
O.C Impuesto de Ventas Acum. Desaf. LP	188.081	14%	188.081	154%	0	0%
O.C Imp. Cigarros y Licores Ley # 7972 LP	1.506	1%	1.506	1%	0	0%
O.C Ley Protec. Trabajo # 7983 Art. 77 LP	11.817	9%	11.817	10%	0	0%
Estimación Cuentas Incoobrables	(102.023)	-79%	(107.063)	-82%	7.034	-7%
<b>Total Activo No Corriente</b>	<b>101.375</b>		<b>94.341</b>		<b>7.034</b>	<b>7%</b>
<b>Total Activos</b>	<b>126.817</b>		<b>121.865</b>		<b>4.952</b>	<b>4%</b>

xi)

**Pasivos**

(en millones de colones)

PASIVO Y PATRIMONIO	2016		2015		Variación	
	Absoluta	Porcentual	Absoluta	Porcentual	Absoluta	Porcentual
<b>Pasivo Corriente</b>						
Cuentas Por Pagar	374	4%	277	3%	97	38%
Gastos Acumulados	3.811	45%	4.269	49%	-458	-11%
Provisiones	4.695	52%	4.245	48%	450	9%
<b>Total Pasivo Corriente</b>	<b>8.789</b>		<b>8.790</b>		<b>1</b>	<b>0%</b>
Cuentas por Pagar Largo Plazo	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total Pasivo</b>	<b>8.789</b>		<b>8.790</b>		<b>1</b>	<b>0%</b>
<b>Patrimonio</b>						
Excedente Acumulados	115.437	98%	109.437	99%	7.000	6%
Exceso Ingresos y Gastos	765	1%	53	0%	712	188%
Reservas	2.663	2%	2.168	2%	495	23%
M.B.S.	(618)	-1%	2.418	2%	-3.236	-134%
<b>Total Patrimonio</b>	<b>118.048</b>		<b>113.076</b>		<b>4.971</b>	<b>4%</b>
<b>Total Pasivo y Patrimonio</b>	<b>126.837</b>		<b>121.865</b>		<b>4.972</b>	<b>4%</b>

xii)

**Razones Financieras**

Razones Financieras	Junio 2016	Junio 2015	Variación
Capital de Trabajo: (Activo Corriente - Pasivo Corriente)	€18,673	€18,734	-€2,061
Razón Circulante: (Activo Corriente / Pasivo Corriente)	2.90	3.13	-0.23
Razón de Deuda: (Pasivos Totales / Activos Totales)	6.90%	6.80%	0.30%

xiii) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

De conformidad con lo dispuesto por esta Junta Directiva en el Acuerdo Primero de la Sesión N° 8288 celebrada el 02 de octubre del 2008 y teniendo a la vista oficio GP-50.551-15 de fecha 06 de noviembre del 2015 y de acuerdo a la presentación realizada por la Gerencia de Pensiones, esta Junta Directiva acuerda aprobar los Estados Financieros del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte correspondientes a junio 2015, refrendados por el Gerente Financiero, Director Financiero Contable, Jefe Área Contabilidad Financiera y el Jefe Subárea Contabilidad Operativa.

El Gerente de Pensiones se refiere a los Estados Financieros del Régimen no Contributivo (RNC) al 30 de junio del año 2016, en los cuales se observa que tiene resultados esperados, en cuanto a lo que el Gobierno se ha propuesto como metas y el financiamiento. El principal ingreso del RNC proviene producto del artículo 87° de la Ley del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), aparte de otros ingresos que se relacionan con el financiamiento de la Junta de Protección Social. Se observa que el comportamiento al corte de los años 2015 y 20216 es muy similar, con un comportamiento muy consecuente, con lo que el Gobierno ha definido con las metas donde se ha incorporado los elementos de ajuste, principalmente, cuando han habido aumentos, en este caso, el monto de la pensión. Recuerda que el último aumento de la pensión del RNC, fue a setenta y ocho mil colones y, en este caso, produce un impacto en los gastos. Por otro lado, se observa que el ingreso del RNC, producto del traslado de fondos del Gobierno para cubrir los gastos por pensiones, el servicio administrativo que la Institución en este caso tiene, el tema del Seguro de Salud y el del aguinaldo ha sido suficiente. En ese sentido, se observa que en los dos años ha tenido un comportamiento similar, en cuanto a ingresos y egresos, lo que se hace es observar que la situación financiera del Régimen no Contributivo en esos dos años, prácticamente, se mantiene porque ese aspecto se había discutido ampliamente por esta Junta Directiva, en cuanto a las cuentas por cobrar al Estado. Por otra parte, se ha recopilado un informe para presentarlo el próximo año ante la Junta Directiva, el cual contiene todos los esfuerzos que se han hecho y el tema se había analizado, por lo que la Junta Directiva había girado instrucciones de que la Gerencia de Pensiones se acercara al Ministerio de Hacienda y demás aspectos que se están recopilando, para presentar el respectivo informe al cierre de este año. En cuanto a los pasivos, prácticamente, no hay una situación particular, en el RNC. Por otra parte, se analizará el tema de las cuentas por cobrar y en cuanto a la aplicación de las razones financieras en un Régimen de esta naturaleza, no tiene sentido en relación con una empresa, por ejemplo, siempre se hace alguna comparación. Se observa que es a la luz de los elementos que se han estado analizando y son muy similares en ambos períodos. La situación del RNC es en términos de que se ha estado cumpliendo, con las metas que el Gobierno ha propuesto y han colocado los recursos necesarios, por lo que se ha venido cumpliendo con las metas. Indica que la propuesta de acuerdo es aprobar los estados financieros del Régimen no Contributivo.

Pregunta el Director Alvarado Rivera si no se tiene todavía, definidas las metas para el próximo año.

Responde el Lic. Jaime Barrantes que son las mismas metas, es decir, son 3.750 pensiones netas nuevas, más las que se substituyen. Recuerda que fue para un período de cuatro años, que se estableció la meta de otorgar 15.000 nuevas pensiones.



**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio número GP-62.737-2016, fechado 28 de noviembre del año en curso, suscrito por el señor Gerente de Pensiones que, en lo conducente, literalmente dice:

**“RESUMEN EJECUTIVO:**

La presente propuesta de asunto a tratar tiene el propósito de someter a consideración y aprobación por parte de la Junta Directiva los Estados Financieros Institucionales del Régimen del Régimen No Contributivo a junio 2016.

**Antecedentes**

La Junta Directiva en el Acuerdo Primero de la Sesión Nº 8288, celebrada el 2 de octubre del 2008, estableció los lineamientos sobre la presentación y aprobación de Estados Financieros, disponiendo entre otros aspectos lo siguiente:

“(…)

*Los estados financieros preparados por las áreas competentes adscritas a la Gerencia Financiera serán presentados en forma semestral -con corte al 30 de junio y al 31 de diciembre de cada año para los Seguros de Salud, Pensiones y Régimen no Contributivo- para conocimiento y aprobación de la Junta Directiva, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha de emisión de los estados financieros, según el cronograma anual aprobado por la Gerencia Financiera. (la negrita no corresponde al original)*

*Para el Régimen no Contributivo de Pensiones, se establece un plazo de 10 (diez) días para la emisión de los estados financieros contados a partir de la fecha oficial de entrega de la liquidación anual del Impuesto de Ventas por parte de la Dirección General de la Tributación Directa, del Ministerio de Hacienda.*

*Corresponderá a la Gerencia Financiera presentar los resultados más importantes contenidos en los estados financieros institucionales del Seguro de Salud.*

*Corresponderá a la Gerencia de Pensiones presentar los resultados más importantes contenidos en los estados financieros institucionales del Seguro de Pensiones y del Régimen no Contributivo de Pensiones. (la negrita no corresponde al original)*

*La presentación de los estados financieros anuales –por parte de la Gerencia competente- para la aprobación de la Junta Directiva se hará en el mes de febrero de cada año, según el siguiente orden:*

- 1) *Estados Financieros Seguro de Pensiones (IVM): segunda semana de febrero.*
- 2) *Estados Financieros Régimen no contributivo (RNC): tercera semana de febrero.*
- 3) *Estados Financieros Seguro de Salud (SEM): cuarta semana de febrero.*

*La presentación respectiva deberá contar con un análisis de la información financiera, así como una exposición estratégica sobre los aspectos medulares de dichos análisis.*

*En el caso de los estados financieros institucionales de períodos intermedios (mensuales), éstos serán de conocimiento y aprobación de la Gerencia Financiera en coordinación con sus áreas técnicas correspondientes, de conformidad con las fechas establecidas en el cronograma anual aprobado por dicha Gerencia Financiera para los Seguros de Salud, Pensiones y Régimen no Contributivo.*

*Para todos los casos, los estados financieros institucionales deberán ser refrendados por el Gerente Financiero, el Director Financiero Contable y por las Jefaturas del Área de Contabilidad Financiera y de la Subárea de Contabilidad Operativa, respectivamente...”.*

Con nota D.F.C-2113-16 recibida en este Despacho el 23 de noviembre del 2016 la Dirección Financiero Contable presenta los Estados Financieros del Régimen No Contributivo correspondientes al mes de junio 2016, documentos refrendados por el Gerente Financiero, Director Financiero Contable, Jefe Área Contabilidad Financiera y el Jefe Subárea Contabilidad Operativa. Se adjunta documentos.

Asimismo, mediante oficio adjunto DFA-1569-2016 de fecha 24 de noviembre del 2016 la Dirección Financiera Administrativa presenta el documento “Análisis de los Estados Financieros del Régimen del Régimen no Contributivo de 30 de junio de 2016”, el cual se adjunta a la presente misiva.

#### **RECOMENDACIÓN:**

Esta Gerencia recomienda a esa estimable Junta Directiva acoger la propuesta presentada según los términos consignados en el siguiente proyecto de acuerdo”,

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte del licenciado Barrantes Espinoza, de conformidad con lo dispuesto por esta Junta Directiva en el Acuerdo Primero de la sesión N° 8288, celebrada el 02 de octubre del año 2008, con base en la recomendación del Gerente de Pensiones, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** aprobar los estados financieros del Régimen no Contributivo correspondientes a junio del año 2016, refrendados por el Gerente Financiero, el Director Financiero Contable, el Jefe Área Contabilidad Financiera y el Jefe Subárea Contabilidad Operativa, según los términos del citado oficio N° GP-62.737-2016.

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

El licenciado Barrantes Espinoza se retira del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 13°**

**Se toma nota** de que el oficio N° GIT-4971-2016, del 5 de diciembre del año 2016, que firma la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, por medio del que se atiende lo solicitado en el artículo 30° de la sesión N° 8871 del 27 de octubre del año 2016, y se presenta el informe de optimización y ajuste de plazos de los proyectos por desarrollar en el Hospital San Juan de Dios, se distribuye para estudio y conocimiento en la sesión del 12 de enero del año próximo.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla, y los doctores Randall Álvarez Juárez, Director; Esron García Acosta, y el licenciado Alexis Vargas Matamoros, Director Administrativo Financiero del Hospital Monseñor Sanabria; el doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas; la ingeniera María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Directora de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

#### ARTICULO 14°

Se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-23467-2016, de fecha 20 de diciembre del año 2016, que está suscrito por la señora Gerente Médico y mediante el que se presenta el Informe Hospital Monseñor Sanabria referente a la dotación de camas.

La exposición está a cargo del doctor Chacón Ramírez, con base en las láminas que se detallan:

### Análisis escenarios de proyección requerimientos camas hospitalización Hospital Monseñor Sanabria

a)-Inicialmente se realiza valoración de incremento poblacional para períodos específicos: 2020, 2025 y 2030:

Año	POBLACION	Incremento porcentual
2011	262.541	-
2020	275.935	5,1%
2025	305.274	10,6%
2030	316.624	3,7%
Total período:		19,5%

b)-Posteriormente se valora comportamiento del porcentaje ocupación del Hospital vrs porcentaje de hospitalización [(egresos del período / población del período)x 100]:

### Estadísticas de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital Monseñor Sanabria, 2011-2015

Indicadores	Años				
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Población adscrita</b>	262.541	265.891	269.275	272.614	275.935
<b>Directa</b>	215.832	218.622	221.426	224.208	226.984
<b>Indirecta</b>	46.709	47.269	47.849	48.406	48.951

<b>Egresos Hospitalarios<sup>1</sup></b>	15.356	12.702	9.817	12.108	13.042
<b>Estancia promedio<sup>2</sup></b>	5,1	5,0	4,9	5, 7	5, 7
<b>Camas</b>	218	165	119	172	181
<b>Porcentaje de Ocupación</b>	<b>86,4</b>	<b>9</b> <b>1,3</b>	<b>90,3</b>	<b>84</b> <b>,8</b>	<b>87</b> <b>,9</b>
<b>Giro Camas</b>	63,3	7 0,3	6 6,6	56, 2	57, 1
<b>Relación cama habitante:</b>					
Por cada 10.000 adscritos <sup>3</sup>	8,3	6,21	4,42	6,31	6,56
Por cada 10.000 habitantes de atención directa	10,1	7,55	5,37	7,67	7,97
<b>Porcentaje de hospitalizac (egresos/poblac) <sup>4</sup></b>	<b>5,8%</b>	4,8%	3,6%	4,4%	4,7%

1/ Incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

2/ No incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

3/ Incluye población directa e indirecta (esta última atendida en el hospital periférico de referencia Dr. Max Terán Valls)

4/ Dato no en cuadro original, calculado específicamente para este análisis.

**Fuente:** Dirección Actuarial y Económica. Análisis Demográfico, Área de Estadística. Caja Costarricense de Seguro Social.

Elaboración institucional con base en las Proyecciones de Población 2011-2050 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Tomado de:

[http://www.ccss.sa.cr/est\\_salud?cp#](http://www.ccss.sa.cr/est_salud?cp#)

Consultas predefinidas | Años 2005-2015

[http://www.ccss.sa.cr/est\\_demografica](http://www.ccss.sa.cr/est_demografica)

Redes 2011-2015

**Resultado de análisis:** El Porcentaje Ocupación en el rango de tiempo observado se ha mantenido menor a 90%. Con un índice/porcentaje de hospitalización de 5.5%-3.6% en ningún caso de ha llegado a superar la oferta de camas disponibles para hospitalización.

**CONCLUSION:** El requerimiento de incremento de camas se puede asociar al incremento de la población de adscripción. Dichos incrementos deberían tener alguna correlación.

c)-Se diseñan escenarios de requerimiento de camas con diferentes “supuestos” de índice/porcentaje de hospitalización:

		Camas requeridas en un rango de:		
		Año	90 % io	85 % io
<b>A</b>	<b>Escenario con 7.0% y 7.7% índice de hospitalización proyectado (comportamiento nacional)</b>			
			<b>des de:</b>	<b>h asta:</b>
		2020	28 5	30 0
		2025	34 8	36 8
		2030	36 1	38 1

		Camas requeridas en un rango de:		
		Año	90 % io	85 % io
<b>B</b>	<b>Escenario con 5,8% y 6,4% índice de hospitalización proyectado (comportamiento H. Monseñor)</b>			
			<b>des de:</b>	<b>h asta:</b>
		2020	26 0	27 5
		2025	29 2	30 8
		2030	30 2	31 9

		Camas requeridas en un rango de:			
		Año	90 % io	85 % io	100 % io
<b>C</b>	<b>Escenario 8.4% índice hospitalización (inicial DPSS)</b>				
			<b>des de:</b>	<b>h asta:</b>	
		2020	36 0	38 0	32 6
		2025	38	40	34

			2	3	5
		2030	40 0	42 3	36 2

c)-Se correlaciona incremento de población vrs incremento de proyección hospitalizaciones (egresos):

		POBLACION	Increment. %	Egresos	Increment. %
<b>A</b>	2011	262.541	-	15.356	-
	2020	275.935	5,1%	21.247	38,4%
	2025	305.274	10,6%	23.506	10,6%
	2030	316.624	3,7%	24.380	3,7%
			19,5%		52,7%

		POBLACION	Increment. %	Egresos	Increment. %
<b>B</b>	2011	262.541	-	15.356	-
	2020	275.935	5,1%	17.605	14,6%
	2025	305.274	10,6%	19.476	10,6%
	2030	316.624	3,7%	20.201	3,7%
			19,5%		29,0%

		POBLACION	Increment. %	Egresos	Increment. %
<b>C</b>	2011	262.541	-	15.356	-
	2020	275.935	5,1%	24.491	59,5%
	2025	305.274	10,6%	25.492	4,1%
	2030	316.624	3,7%	26.204	2,8%
			19,5%		66,4%

**Resultado de análisis:** El escenario (B) es el que tiene más correlación entre crecimiento de población y proyección de demanda de egresos (hospitalizaciones).

**CONCLUSION:** El requerimiento de camas más probable es el que determina el escenario (B) que utiliza una proyección de índice/porcentaje de hospitalización de 5,8% y 6,4%, pues es el que impresiona como situación más probable de ocurrencia.

La Dra. Villalta Bonilla señala que el Dr. Chacón Ramírez, presentará el Informe del Hospital Monseñor Sanabria, referente a la dotación de camas.

La exposición está a cargo del doctor Chacón Ramírez, con base en las siguientes láminas:

Refiere el Dr. Hugo Chacón Ramírez que, anteriormente, se habían planteado diferentes propuestas previas, respecto de la posible proyección de camas del nuevo Hospital de Puntarenas. La propuesta anterior y la de él, se refieren a aspectos complejos, porque están relacionados con la estancia de los pacientes y sería la variable de pendiente, es decir, un análisis de la razonabilidad de las estancias. En ese sentido se revisó cuáles son las estancias que maneja el establecimiento, así como los ajustes correspondientes, en solución de una valoración de razonabilidad, ese aspecto está implícito en el estudio, lo cual implicó un trabajo muy exhaustivo de revisión, todos los egresos por servicio y por diagnóstico. Además, de las estancias promedio, las medias, las mínimas, las máximas y, también, el comportamiento de estancias en pacientes mayores de 75 años, dado que es una variable que en el largo plazo, se puede incrementar en estancias, pero no en aumento de egresos. Por ejemplo, se disminuye los egresos, pero puede que cada egreso tarde más días, por lo que hay una especie de compensación. Aclara que no va a exponer sobre el tema de las estancias. Comenta que como había una propuesta previa, lo que tuvo que hacer fue buscar un denominador común para comparar los escenarios, tanto el anterior como otro que se fuera a trabajar. El que utilizó fue el comportamiento de lo que se denomina índice o porcentaje de hospitalización. Esa es una relación entre la producción de egresos y la disponibilidad de camas que tiene un área geográfica poblacional. En el caso de Costa Rica, casi todos los años se eleva el índice de hospitalización. Entre finales de los años 90's y la primera mitad de los años 2000, ese índice disminuyó entre un 9% y un 8% y a partir de la segunda mitad de los años 2000, se ha mantenido en un 7.6%. La tendencia en el mundo, es que muchas patologías que antes se hospitalizaban, hoy ya no se hospitalizan, porque hay más tecnología y se aplican nuevas estrategia. Si hay un país que su sistema es solo hospitalario, todos los pacientes se hospitalizan. En el Sistema de Salud costarricense, se lleva a cabo un proceso en el Primer y Segundo Nivel de Atención, en el cual se filtra y se atiende, ambulatoriamente, mucha patología, sin perder calidad y eficacia. Primero, lo que hizo fue valorar el comportamiento del país de los años 2011 al 2015, luego, se analizó el comportamiento de salud en la Provincia de Puntarenas, entendiéndose que esa Provincia entre los años 2011 y 2013 sufrió el problema del terremoto, pero antes del terremoto el promedio de estancia hospitalaria estaba en un 5.8%, es decir, por debajo del promedio nacional. Ese aspecto es entendible, porque los hospitales nacionales elevan mucho el índice nacional. El crecimiento de la población y le afecta las camas, por lo que existe alguna relación en ese aspecto. No puede ser que la población crezca mucho, cuando el crecimiento de la hospitalización crece tres veces más, porque no va a haber personas para llenar tanta hospitalización. Cuando se observa el comportamiento en los hospitales, generalmente, la mayoría del problema que se le indica a los pacientes es que no hay camas. La estadística puede ser clara en el sentido de que hay un 80% y 90% de ocupación, pero en realidad no se conoce en algún momento, el Hospital está en un 100% de hospitalización, porque puede ser que ese promedio sea el correcto, pero hay períodos donde el Hospital está al 100% con ese 90% general del año. Ese aspecto es también un

fenómeno que habría que valorar. Hay muchas personas que no están internadas porque no hay camas, no va a cuestionar las estadísticas, lo que quiere decir es que habría que valorar el acomodo de las camas.

Manifiesta el Director Barrantes Muñoz que le gustaría analizar este tema desde la perspectiva del perfil de un hospital regional, en su relación con la Red, por el tema ambulatorio y en su relación con la Carga de la Enfermedad y la variable de envejecimiento poblacional. Lo anterior, para que no se analice solo el dato de las camas, por el asunto de la rotación, sino en referencia a esas variables.

Sobre el particular, indica el Dr. Chacón que por ese aspecto, se realizó el análisis anterior, porque es el comportamiento global de la Caja, el cual incluye todos esos elementos.

Recuerda la Dra. Sáenz Madrigal que ésta es la segunda o tercera presentación, en la que se presenta un tema de esa naturaleza, relacionado con el Hospital de Puntarenas. En la primera parte, se hizo toda la descripción de morbilidad, mortalidad, la proyección de demográfica, la Carga de la Enfermedad y la Red de Servicios. El Hospital de Quepos, las áreas de salud, es decir, básicamente lo que se está presentando es una metodología que de alguna manera, va a permitir que se defina el dimensionamiento del Hospital.

Interviene el Director Alvarado Rivera y señala que en el caso de cirugía, el tema no es camas, sino de horas quirófanos, porque el Hospital puede tener muchas camas, pero con una alta rotación.

Continúa y señala el Dr. Chacón que con las consideraciones mencionadas, se realizó una valoración del incremento de población, para los períodos específicos. Entre el año 2011 y el año 2020, por las proyecciones, la población está creciendo un 5.1%, al año 2025 un 2% y al 2030 un 3%, entonces, se tiene que tener población para internar en el Hospital. Muestra el comportamiento del Hospital en los diferentes períodos que se contraponen y el comportamiento del índice de hospitalización. Hace énfasis en que esos datos son oficiales de la Institución. En cuanto a los escenarios, en ninguno se propone una hospitalización del 100%, se proyecta una hospitalización del 85% o el 90%. El primer escenario, es un escenario que se asume para Puntarenas, el comportamiento de un promedio del país, el cual debe tener un incremento de camas proporcional a la relación de demanda de internamiento. Esa hipótesis contempla, adicionalmente, si se le aumenta la demanda de un 10% de pacientes que hoy se internan en el Hospital México, sería para que los absorba el Hospital de Puntarenas.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala que cuando escucha que se indica que se va a aplicar el promedio nacional o alguna otra alternativa, se pregunta si la Institución no tiene un protocolo para aplicar una metodología. Aclara que no tiene ningún problema con el Hospital de Puntarenas, porque cree que ha sufrido una serie de eventualidades muy particulares y considera que el Director ha hecho una gran tarea.

Aclara la señora Gerente Médico señala que durante todo el año, se ha estado aplicando una fórmula, se toma el porcentaje de egresos, el porcentaje ocupacional y se aplica los días de estancia. Lo que se hizo en este momento, después de que el tema se presentó ante la Junta Directiva, es moverse en un rango de manera que si se quiere establecer un 85% y 90%, todos



los escenarios dan el rango, en que el número de camas que se puede definir, de acuerdo con la experiencia a la gestión que se tenga. Lo más importante que se hizo fue construir las estancias y ese aspecto ayudó. El escenario se había planteado por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, pero luego se trabajó con el Hospital y se validaron las estancias promedio, ese aspecto es el más importante, porque al afinar y al trabajar tanto la estancia en el Hospital, se está definiendo las estancias promedio que se han tenido en el Hospital. Hace énfasis de que a la Gerencia Médica le preocupaba definir unas estancias, las cuales estuvieran conduciendo a la ineficiencia. Lo que se hizo con el Dr. Hugo Chacón y es la metodología que se estaría validando hoy, porque se está pidiendo que se verifique que el Hospital tenga una estancia promedio adecuada y que sea razonable, por lo que es lo que se está definiendo. En ese sentido, la Gerencia Médica tiene determinado el rango de camas que se va a gestionar.

Adiciona el Dr. Chacón que lo anterior es aplicable a un país, a un hospital, a una comunidad porque consolida todos esos aspectos. Ese escenario supone que la relación entre la población y la capacidad de hospitalización, en promedio de cada 10 habitantes, entre 7 y 8 personas, van a requerir ser hospitalizados en función de la morbilidad, por ese aspecto, interesa analizar el comportamiento de varios años, porque se traduce en las decisiones del país y es un consolidado de decisiones. Como ejemplo, se supone que pacientes que antes se llevaban al Hospital México, no se van a enviar, entonces, se inflan el número de camas, asumiendo una mayor resolutiveidad. En ese supuesto, a futuro el hospital va a ser más resolutivo que lo que es hoy. El otro factor que compone el escenario, es que se van a observar dos números, si se quiere asumir ese hospital, va a trabajar con una ocupación de un 90% o de un 85%, por lo que el que da más rango de tranquilidad, es el de un 85%, porque le da una ociosidad técnica. Bajo ese escenario, el hospital en el año 2011 tenía 218 camas, para el 2020 tendría 200 camas bajo el escenario de un 90%, porque es el escenario más estricto y bajo el escenario de un 85% 300 camas y así se va incrementando el número de camas.

Señala la Dra. Sáenz Madrigal que este tema es bastante denso, porque se están presentando dos puntos: la metodología y la aplicación en un hospital concreto. Sugiere que el Dr. Chacón presente los tres escenarios y, luego, se devuelva para que se presente cada uno, para observar cuál es la lógica en la aplicación de los escenarios. Por otra parte, hasta donde tiene entendido, la Junta Directiva ha planteado que todavía se mantengan en el país tres hospitales nacionales. Se le instruyó al personal del Hospital de Puntarenas para que se le aumentara la capacidad resolutiva en varias áreas, se está refiriendo a la parte de quimioterapia, el tema de cateterismo, el de los adultos mayores y el de oncología, para que las personas de Puntarenas, no tengan que trasladarse hasta el Hospital México en esas patologías, porque en el caso de Radioterapia, solo el Hospital México tiene ese Servicio. Comenta que en la sesión en la que se presentó el tema y si es necesario, antes de que el Dr. Chacón continúe con el asunto de la metodología, se presenta de nuevo la parte del diseño. Sugiere que se avance en la aplicación de la parte metodológica y, luego, se devuelva para observar cuál es la lógica, en cada uno de los escenarios.

Continúa la presentación el Dr. Chacón con el siguiente escenario. Siempre trabaja con el concepto de un escenario con un 90% y un 85% de ocupación en las camas de hospitalización, porque son los estándares internacionales. Como lo que se está planteando es el comportamiento que tenía el Hospital de Puntarenas, en el año 2011 y el incremento de ocupación por resolutiveidad, pasa de un 5.8% de un índice de hospitalización a un 6.4%. El escenario bajo el

concepto de hospitalización de un 95%, lo que plantea es comenzar con 275 camas, para el año 2020 y 319 camas para el año 2030. Por otro lado, el escenario que estaba previo, el cual se construyó, exclusivamente, con conceptos de estancia y otros, pero para poderlos comparar, les definió el índice de hospitalización. Si se le calcula a la última propuesta, con respecto de los egresos que se le estaban planteando, ese escenario se trabaja con un índice hospitalización de un 8.4%, porque es asumir que la población va a demandar más egresos que el promedio.

Manifiesta el Director Fallas Camacho que le parece totalmente ilógico, si se va a construir un hospital en Puntarenas, con una capacidad mayor a la que hoy tiene, porque se quiere encasillar en una nomenclatura que la Institución tiene, porque administrativamente se ha creado así, le produce mucha preocupación. También, le preocupa que de la población de La Cruz y de esos lugares aledaños, se tengan que trasladar al Hospital México, para recibir asistencia que pueden recibir en Puntarenas y en Liberia. Le parece que hoy no se puede resolver esa situación, porque no se tienen recursos, pero para el futuro se debería pensar que así debería ser.

Comenta el Director Barrantes Muñoz que lo que está planteando el Dr. Chacón, es que en la Institución, está de cara a una revisión de temas de estructuración de redes, en el marco de procesos de reestructuración. Entonces, tiene sentido en que hay que ir tomando en cuenta los supuestos.

Agrega el Dr. Chacón que como Institución se pueden tomar dos opciones: que sea Puntarenas el que recibe la Zona de Chorotega o que sea Liberia el que recibe a la población Chorotega, porque es un asunto de decisión.

Adiciona la Dra. Villalta que la única capacidad resolutive mayor que tendría el Hospital de Puntarenas del Hospital de Liberia, es que tendría Servicios de Hemodinamia y para tratar los pacientes con Quimioterapia, porque los otros servicios que va a tener el Hospital Monseñor Sanabria, ya los tiene el Hospital de Liberia. Por ejemplo, el Hospital de Liberia tiene Neurocirugía y Oncología Quirúrgica. No tiene Oncología Médica, ni tiene Hemodinamia que serían los únicos servicios que sí, por el área de atracción se podría trasladar al Hospital de Puntarenas y el Hospital tendría un nivel resolutive, muy similar con excepción de Quimioterapia, porque hay un estudio de avance, el cual se presentó ayer y se determina que el Hospital de Liberia también requiere tener Quimioterapia, por la zona donde se encuentra. Entonces, el Hospital de Puntarenas lo que podría atender de Liberia y por el nivel resolutive sería Hemodinamia.

Manifiesta el licenciado Barrantes Muñoz que uno de los supuestos, es que esta propuesta tiene como objetivo reducir el número de referencias al Hospital México y pregunta en qué especialidades, de dónde se va a incrementar la capacidad resolutive de del Hospital Monseñor Sanabria, para disminuir el impacto que el Hospital México tiene actualmente. Tendría sentido en la misma dirección que lo está planteando el doctor Chacón, en cuanto a la relación Liberia–Hospital Nacional. Entonces, la discusión que está planteando el doctor Chacón, es el tema de si no sería en este momento, en la resolución que se tome al respecto del Hospital de Puntarenas, tener en cuenta contribuir con la región como un todo, incluyendo el Hospital de Liberia. Lo que está observando es que se debería retomar el tema, en el marco del asunto de reestructuración de redes, el cual está planteado en este momento, pero es un tema que no está resuelto.

Señala la Dra. Villalta Bonilla que de la revisión que se realizó del Hospital México, se determinó que, efectivamente, es un 10% las patologías más frecuentes, porque son Neurocirugía, Ortopedia dado que el Hospital de Liberia, no estuvieron resolviendo algún procedimiento de esas especialidades. Sobre todo Ginecología con Oncología y algún tipo de traumas, por el Neurocirujano y por la falta de un TAC, porque también tiene; entonces, son los casos que el Hospital de Liberia, está refiriendo al Hospital México. Recuerda que en el nuevo Hospital de Puntarenas, está planteado un TAC y se está reforzando con un Neurocirujano, porque en este momento tiene un especialista en neurocirugía.

Sobre el particular, señala la Dra. Sáenz Madrigal que al haber iniciado la presentación de la metodología, los Directores no recuerdan los aspectos que se plantearon de los servicios anteriores. Por ejemplo, se hizo referencia de servicios de la parte de Hemodinamia, la parte de Neurocirugía, la de Ortopedia, de Adultos Mayores y la de Oncológica. Lo que se le solicitó a la administración es que tomando en cuenta ese crecimiento en esas especialidades, se presentara el tema de cuál es el dimensionamiento, es decir, se va a incrementar la capacidad del hospital en esas áreas y en este momento, cuántas camas va a requerir el Hospital. Pregunta si la Ing. Marielos Gutiérrez tiene la oferta de crecimiento, para que la presente en el caso concreto del Hospital de Puntarenas que se pueda analizar esa parte.

Adiciona la Dra. Villalta que el Hospital tiene planteado un reforzamiento importante en Neonatología, porque en esa especialidad, se está aumentando los cuidados críticos de acuerdo con un análisis de reorganización de los servicios de Neonatología. Entonces, solo lleva 16 camas y es muy importante. Esa misma situación se está tratando de reforzar en el Hospital de Liberia, sobre todo por la accesibilidad y por las distancias que los pacientes tienen que recorrer y el Hospital se tiene que reforzar en Neonatología.

La Dra. Rocío Sáenz considera que explicar ese tema, es complicado a lo interno y a lo externo de la Institución.

Continúa la presentación la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez y señala que se referirá a la parte teórica de lo que se observó, de cómo construir el proceso, a partir de que se les instruyó para revisar y se ha hecho un trabajo en conjunto con el Hospital de Puntarenas, la Gerencia de Infraestructura y la Dirección de Servicios de Salud, para presentar y ejecutar el proyecto del nuevo Hospital de Puntarenas. Los criterios que se revisan, en el momento de hacer este tipo de propuestas, es la Red de Servicios de Salud y cómo la posibilidad de hacer nueva infraestructura, va a beneficiar no solo el establecimiento sino a la población en la Red de los Servicios de Salud. Se revisó la demanda, el fortalecimiento de los niveles regionales, la complejidad de los servicios, o de la oferta de servicios que se manejaría. Además, el comportamiento de los principales indicadores del Hospital, para lo anterior, se hace una revisión de toda la producción hospitalaria, porque en el caso del Hospital Monseñor Sanabria, fue del año 2000 al año 2011, ya que en el año 2012, dado el terremoto que se produjo en Nicoya, el comportamiento varió significativamente, porque se pierde un conjunto importante de camas, en ese sentido la producción varía. Ese aspecto, aunado también al número de especialistas que tiene el Hospital en ese momento. Se decide trabajar con un período de producción, en el que el comportamiento es más estable. A partir del año 2011 no se logró utilizar la información, porque el comportamiento es totalmente errático con respecto de la producción normal del Hospital. Con respecto de las pirámides poblacionales, presenta el mapa con todos los cantones, porque el

hospital estaría atendiendo 11 áreas de salud y el Hospital de Quepos. El análisis de la demanda se hace a través del perfil epidemiológico, en términos de qué es lo que se requiere, cuáles son los pacientes que están ingresando al Hospital. Muestra el análisis de la oferta, la cual es el comportamiento interno del Hospital, por lo que se tiene un aspecto fundamental que se toma en cuenta, en el momento de definir el número de camas, el cual es la cobertura del Hospital en un 68%. Comenta que se atendió la parte de la que hizo referencia el Dr. Fallas, en términos de acercar los servicios de la población Chorotega, para que no se desplacen hasta el México y el otro elemento que también se consideró, fue aumentar la cobertura, es decir, no relacionar el incremento de la población, sino que en el período de estudio, se tenía un 0.37% de consultas por cada 1.000 habitantes, cuando el comportamiento nacional era de un 0.8% de consultas por cada 1.000 habitantes. Se indicó que independientemente del crecimiento poblacional, el Hospital tiene que atender a más personas de las que tiene, por lo que se determinó que tiene que aumentar la cobertura al 85%. Aunque el crecimiento poblacional no es radical, va a crecer, sí lo que se tenía que garantizar era que la población que va a tener, no siguiera manejando un 68% de cobertura, sino que aumentara al 85% de cobertura, para que la población de Quepos que se tenía que internar en el Hospital, tuviera cama y no se tenga que desplazar al Hospital México, sino que fuera atendida en el Hospital de Puntarenas, de manera que será más resolutivo y acercar los servicios. Entonces, para fortalecer, especialmente, en el Servicio de Hemodinamia y en el Servicio de Quimioterapia, para que atendiera la población Chorotega. Una vez que se tuvo el análisis de la información, se determinó cuál es la oferta de servicios, porque también se analizó a la luz de los otros hospitales regionales y es lo que se considera en el perfil del hospital regional. Hace referencia de los servicios que hoy día tiene el Hospital y se le están sumando las especialidades de Cardiología Intervencionista y la Oncología Médica, para Quimioterapia y Hemodinamia, todos los demás servicios, el Hospital al día de hoy los tiene, por lo que se está proponiendo un reforzamiento de todos esos servicios.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y señala que también se hace referencia de fortalecer la parte ambulatoria.

Respecto de una inquietud del licenciado Barrantes Muñoz, señala la Ing. Marielos Gutiérrez, que en período de estudio, el porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria era de alrededor de un 30%. En el momento de definir y proyectar el recurso físico para el Hospital, se está planteando elevarlo al 50% y ese aspecto se va a ver reflejado en el número de camas y en hospitalización. Como se indicó, al Hospital Monseñor Sanabria se está fortaleciendo con el Servicio de Quimioterapia, Cardiología Intervencionista, el Banco de Leche que al día de hoy no tiene, el hospital de día y el hospital domiciliario. El hospital de día viene a beneficiar significativamente, la parte de hospitalización y la parte de quimioterapia, con servicios ambulatorios y el hospital de día. La otra oferta que es la parte administrativa, es el apoyo administrativo que cualquier establecimiento va a tener y esa sería la oferta.

Adiciona el Dr. Chacón que en la idea de los escenarios, se asume que, incluso, el Hospital de Puntarenas va a recibir pacientes de otros hospitales y sería el último escenario.

Señala la Dra. Villalta Bonilla que en el escenario de país, se estaría empezando con 300 camas a un 85% de ocupación en el año 2020, porque se siente que el Hospital no está llenando las camas en su totalidad y se le está aumentando el número de camas en un 10%, es un 7.7% el cual corresponde al escenario de país. En ese momento, el hospital tendría adultos mayores,

aumentaría la capacidad resolutive, ya no puede trasladar pacientes de Neurocirugía al Hospital México, porque tiene que resolver la situación de salud de esos pacientes en el Hospital de Puntarenas. Tampoco podrá trasladar la Quimioterapia, ni Oncología, todos los pacientes, tendrían que ser atendidos en el Hospital Monseñor Sanabria. Entonces, es empezar con 300 camas y para el año 2030, se proyectan para el Hospital 381 camas, las cuales se considera que es una cantidad elevada de camas, son muchas, porque van a tener hospital de día y tienen un escenario de un 50%, el cual según el comportamiento que tiene son 319 camas. Si este comportamiento varía en el país, la Gerencia Médica está proponiendo junto con el Hospital, para el año 2030 350 camas, pero sí empezar con recurso humano y con camas. Sin embargo, no se podría presionar para 300 camas, porque todavía se tendría que hacer el análisis del comportamiento de las estancias cortas, dado que tendrían que estar en el hospital de día y todavía el Hospital tiene espacio para incrementar la Cirugía Mayor Ambulatoria y llevar las camas a un 70%. Todavía se tendrían espacio de analizar cómo se va a estar comportando la capacidad resolutive, porque ya no tendría razón de estar refiriendo pacientes al Hospital México. Ese sería el escenario propuesto por la Gerencia Médica para discusión. En cuanto a la parte técnica, por qué no se considera el 90% de ocupación de las camas del Hospital, ya que queda un margen muy estrecho. Normalmente, uno de los indicadores hospitalarios deja un 15% para emergencias y para contingencias, un 90% es optimizar mucho los recursos. También se está partiendo de que el TAC, de que Hemodinamia, de que todos los servicios tienen que funcionar en forma óptima, porque los pacientes no se van a quedar mucho tiempo hospitalizados. Lo anterior, por cuanto se van a tener más salas de operaciones y los pacientes menos complejos, por ejemplo, de apendicitis y otros, se van a manejar en forma ambulatoria y se van a tener mayores horas quirófano, por ese aspecto se quiere empezar en 300 camas.

El Director Fallas Camacho manifiesta su inquietud, respecto de las proyecciones porque si se hacen con la expectativa máxima que son 400 camas, es decir, arriba de 300 es un Hospital de difícil manejo. El tema es cómo hacer en forma consecutiva en el tiempo, sin tener que hacer un solo ejercicio de construcción, aunque inmediatamente se supone que si no se hace, quién lo va hacer. Hay elementos que se podrían considerar, por ejemplo, cuál es el comportamiento realmente de Guanacaste en cuanto a población, cuáles son las expectativas de crecimiento y va a tener oportunidades de desarrollarse más. Le parece que hay que hacer un esfuerzo, para poder visualizar si es factible o no elevar el número de camas, porque en lugar de aumentar en un mismo hospital, pensaría que se tienen que fortalecer otros hospitales. Por otra parte, no está observando la parte de rehabilitación.

Señala la señora Gerente Médico que sí está, es uno de los servicios de rehabilitación más grandes del país.

Manifiesta el Dr. Fallas Camacho que estaría de acuerdo en que el indicador de hospital fuera de un 85% de ocupación. Le parece que le da más solvencia, más oportunidad para esos flujos emergentes que se elevan y disminuyen. Otro punto es cómo se introduce la mentalidad de que, por ejemplo, los encargados de gestionar el Servicio, no son los “dueños” de la cama. Le parece que hay Servicios que se pueden agrupar para rotar pacientes, aunque no sean de su área clínica e, inclusive, médica. Le parece que es un aspecto que hay que definirlo, porque si no hay servicios y se están observando que tienen un 80%, un 85% de ocupación y otros un 60% y un 65%.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que se está en la definición del dimensionamiento del Hospital. La Gerencia Médica es la que ha estado determinando, junto con el Hospital de Puntarenas, la parte relacionada con los servicios. Una vez que se tiene claro por donde se avanza el asunto, esa información se le tiene que suministrar al personal que va hacer el diseño y con esos datos, se tiene que presentar una segunda parte del proceso en la Junta Directiva. No obstante, no es lo mismo indicar que en el escenario C), que indicar que es el escenario A) porque esos aspectos tienen implicaciones en el diseño. La recomendación, como lo indicó la Dra. Villalta que presenta la Gerencia Médica y la Dirección del Hospital, es el escenario B). Por lo que una vez que se tome el acuerdo, se pasa a la fase de diseño y, luego, se presentará de nuevo a consideración del Órgano Colegiado, porque se iniciaría la parte arquitectónica. Hace la observación de que si se estuviera haciendo referencia de 300 ó 350 camas, no es un hospital pequeño, es de un tamaño considerable, lo cual requiere un trabajo muy detallado, en las características propias del terreno, aunque se tiene una idea de por dónde va a ser la entrada y la salida del Hospital.

Refiere la Directora Alfaro Murillo que en cuanto a la recomendación del escenario, el B) modificado, cree que proyectar la demanda futura es complejo, porque los indicadores que se pudieran utilizar, evidentemente, pudieran ser cuestionados por algunas personas. Cuando se utiliza el comportamiento que ha tenido el Hospital, que se definió como el escenario A), ese comportamiento histórico es un comportamiento que tiene limitaciones. Entonces, cuando se indica que se tiene el escenario basado en el histórico del Hospital, no, porque el histórico del Hospital tiene problemas. Cuando se indica cuántas camas tenía antes del terremoto, lee esa información y le parece que es muy valiosa, pero no indica más que esos datos, porque ha sido circunstancial, el terremoto varía una condición, porque se incrementa y se disminuye los internamientos en el Hospital. Por otro lado, el tema de cuántas han sido las hospitalizaciones y demás es lo mismo. Comenta que una persona le mencionó hace un momento, sí es el entorno donde se ha criticado que no hay suficientes camas, que hay listas de espera, que está ligado con el tema de quirófanos y demás y otros servicios, pero lo cierto es que el tema es la cama. En el país se ha desarrollado cultura por los asegurados en donde la pugna son las camas. El escenario que menos le gusta es el B), por ese aspecto hace la acotación de que si es el escenario B) modificado sí, sino el B) solo no le gusta porque refleja que tiene situaciones que lo debilitan. En el caso del escenario A), es el que refleja el promedio nacional, el cual presupone unas condiciones de más resolutiveidad y ese aspecto le satisface, porque le gusta fortalecer las regiones, dado que cree que ya no se puede continuar trasladando personas para el Hospital México. Si el que hayan más camas, con todos los servicios que significa para atender a los pacientes, en términos de ese promedio nacional le satisface más, porque se quiere descongestionar los hospitales y, además, porque cada vez el Hospital México está más congestionado desde el punto de vista vial y traer personas para la Capital, es muy complicado y mientras más personas se queden en las regiones, es mejor. El tema que se mencionó hace un momento, es el desarrollo de las regiones, si se basan en esos aspectos, la Región Chorotega tiene una tasa de crecimiento por períodos, inclusive, negativa; pero ese aspecto no es un parámetro, porque se tiene que pensar como un país que tiene visión. Se tiene que suponer alguna persona llegará y desarrollará un plan intenso, para lograr que toda esa riqueza de Guanacaste, empuje hacia adelante y genere más empleo, más dinámica económica y demás. Cree que el escenario que le produce satisfacción por esas características que está planteando es el A). Entiende el impacto que se producirá en número el número de camas, el diseño de Hospital, los costos y demás. La única forma de aceptar el escenario B) como se planteó, pero

con una modificación en aumento de camas. El escenario B) puro no y, repite, se inclina más por el escenario A).

Sobre el particular, señala la Dra. Villalta que lo que se está planteando son 300 camas en el inicio de operación, lo cual sería a un 85% de ocupación, porque es parte del escenario A). Sin embargo, para dejar las camas en 381 al final en el año 2030, se considera que el número de camas es muy elevado, porque deben haber más procedimientos ambulatorios, se tiene el hospital de día y, además, tendrían que haber gestionado mayor la cama, porque ya tienen todos los procedimientos en el Hospital, no tienen por qué tener pacientes internados para cama, porque también se va a dar atención domiciliaria, así como funcionará el hospital de día, por lo que no se llegaría hasta las 381 camas. En ese sentido, en el escenario B) el máximo de camas que debería tener el Hospital con el dato histórico, son 319 y se están planteando 350 camas.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez por qué 350 camas y no 370.

Responde la Dra. Villalta que con el número de 350 camas, se utilizan diferentes fórmulas, ajustándolas con las estancias promedio y el resultado es de alrededor de entre 350 y 355 camas, con diferentes fórmulas, a pesar de que esa es la metodología que se está usando y es la que se está presentando. En ningún momento el resultado fue de 360 camas, en todas las proyecciones que se hicieron.

Insiste el licenciado Gutiérrez Jiménez que le parece que podría haber una mixtura, al final hay muchas camas y podría haber un escenario D). Lo que la Ing. Marielos Alfaro y don Oscar están diciendo tiene mucho sentido. En este momento se está observando, así como visionando y proyectando y si ya se proyectó tarde o temprano se va a dar.

Interviene la Dra. Sáenz Madrigal y menciona que un punto no se ha mencionado, porque se está haciendo referencia de las camas censales; pero hay una gran cantidad de camas no censales que son alrededor de 116. Ese es un tema que es muy importante, porque está la parte de hospital de día, la parte de observación, de la Unidad de Cuidados Intensivos, de Neonatos, entre otros servicios que, normalmente, no se consideran entre el número de camas censales. Aun así en la discusión, en una conversación que sostuve con el Dr. Álvarez, son 100 camas censales más que las que tenía antes del terremoto, porque habían 208 camas y, en este momento, se está pensando que son 305 camas y están las no censales y son las de mayor rotación. Es un tema que también es importante considerar, porque cuando se observa que son 300 camas más 116 camas, se está haciendo referencia de otras dimensiones.

Considera don Adolfo Gutiérrez que la Dra. Sáenz Madrigal debería evidenciar lo anterior en la Junta Directiva, para que quienes vengan en el futuro, agreguen el número de camas no censales. Le gustaría contar con una mixtura, pero que se cuente con fundamento técnico, el cual es lo que va a salvar la discusión del tema, porque hay otras fuerzas, otros elementos y otras variables que no son, necesariamente, técnicas ni de la Caja. Si se pudiera dentro de los criterios técnicos y basados en los comentarios que han hecho algunos señores Directores, elevar el número de 350 camas. Pregunta sobre la razonabilidad financiera del asunto, porque no se ha presentado.

Señala la Dra. Sáenz Madrigal que se tendría que pasar a ese nivel, para que el tema se presente nuevamente. Hay una intencionalidad técnica que con base en el perfil epidemiológico, el estudio de estancias, las proyecciones, las necesidades se documentan que es el número de camas que se requieren. Repite, el asunto hay que trasladarlo a la siguiente fase y se presente de nuevo el tema ante el Órgano Colegiado, porque no es solo la construcción, como se conoce sino la sostenibilidad del Proyecto. Le parece que cuando se indica que el tema hay que pasarlo a la siguiente fase, le faltaría un acuerdo adicional a la propuesta de acuerdo, en términos de que el tema se traslade a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y a la Gerencia Financiera, para que presenten esos dos estudios, porque para ella es el paso que sigue.

Insiste el licenciado Gutiérrez Jiménez que no se puede dar la orden de inicio del proyecto, hasta que no se tenga la razonabilidad y la sostenibilidad financiera del proyecto.

Manifiesta la señora Presidenta Ejecutiva que ya hay una intencionalidad y un dimensionamiento claro del asunto. Aprovecha para agradecer al Dr. Chacón que hizo el análisis que se requería para el tema de las estancias, porque es un asunto muy delicado y se hizo con la idea de ir planteando una metodología, la cual sea estándar para los otros proyectos que se tengan que analizar. Se aplicó en un caso concreto, pero se tuvo que hacer todo el análisis completo para aplicarla.

El Director Loría Chaves felicita al grupo de trabajo que gestionó este proyecto, porque le parece que la conjunción de la Gerencia Médica con la Dirección Médica del Hospital Monseñor Sanabria, ha dado esos resultados, los cuales cree que son de consenso y muy significativos. Por otro lado, le preocupa lo que sigue porque a este hospital le urge y se necesita darle marcha forzada, a los otros planteamientos expuestos en la Junta Directiva y a los estudios que hay que hacer. Insta para que la Gerencia Médica, ponga marcha forzada a esos nuevos estudios para que muy pronto esta Junta Directiva comience a visualizar el tema de la construcción del Hospital. Cree que se debe establecer un plazo que debería ser pronto. Por otra parte, ha insistido en dos temas que se deberían de tomar en cuenta para la construcción de ese Hospital. Primero, se valore la compra de equipo por Leasing, ese estudio se solicitó hace alrededor de un año y cree que se debería aprovechar este hospital para innovar, para gestionar distinto y tratar de mejorar. Hace un llamado para que se deje de comprar equipo, porque en poco tiempo está obsoleto, para él ese tema es fundamental. Segundo, ha planteado y quiere dejarlo constando en actas, porque le parece que si hay hospitales que son muy modernos en otros países, tienen robótica y una serie de elementos más, no se construya un hospital como todos, sino un hospital innovando, porque le produciría mucha preocupación observar un hospital igual a los que existen. Hace ese llamado y le pediría tanto a la Gerencia Médica, como a la Dirección Médica y a quien corresponda, que sea un componente esencial de la nueva infraestructura de la Institución.

Interviene la Directora Soto y Hernández y le pide la opinión del Dr. Randall Álvarez sobre los diferentes escenarios, cómo siente el ambiente y cómo el de la población cuando, prácticamente, se está en la recta final del proyecto.

El Dr. Álvarez le agrade a la Junta Directiva por haberlo recibido en esta sesión, para analizar un tema tan importante, el cual ha dado tanto trabajo, precisamente, por el grado de responsabilidad con que se ha manejado esta situación. Este producto final ha sido un trabajo que se ha venido realizando, en equipo por parte de los equipos técnicos de la Gerencia Médica y en el cual, ha



venido teniendo participación el equipo y las inquietudes y dudas iniciales que se generaban, en relación con la proyección que se estaba manejando. Poco a poco se han venido mejorando, porque han llegado a un acuerdo en los diferentes supuestos que se van a desarrollar, en función de la puesta en marcha de este nuevo Hospital, de tal forma que es para el Hospital de Puntarenas es muy tranquilizante visualizar, sí en efecto se va a iniciar con un número de camas adoptado a un 85% de índice ocupacional, en función de la población y la resolutivez ampliada que va a tener el Hospital del año 2021, así como en función del plazo del tiempo del perfil y la incorporación de las diferentes modalidades de atención. El tema puede crecer, en función de ese análisis que se tiene que ir dando, integrado con toda la puesta en marcha de ese Hospital. En un inicio lo que le preocupaba es que el Hospital, quedara encajonado y con limitaciones para crecer, porque después de hacer una inversión institucional tan significativa, difícilmente, se iba a poder justificar los salones adicionales, ese aspecto no solamente desde el punto de vista del plazo, para ubicar las camas, sino el tema relacionado con los servicios de apoyo que de una u otra forma, se ven afectados en cuanto a la decisión que se tome con respecto del tema de camas. Se han venido asumiendo diferentes retos, porque tal y como se ha manejado con el equipo de trabajo, el nuevo Hospital no se construye cuando se coloque la primera piedra, sino que se está construyendo ya y se ha venido trabajando con diferentes estrategias, tendientes a mejorar todos los aspectos que son algunos indicadores hospitalarios, los cuales por los cambios que se han producido, en la dinámica hospitalaria, ha sido un poco difícil el poder manejar un estándar de esa naturaleza. El tema de recurso humano, es un asunto en el cual, respetuosamente, pide la intervención de esta Junta Directiva, para que en el año 2021 se tengan las expectativas necesarias para resolver con ese número de camas, así como las necesidades de los usuarios, porque es parte de esa premisa que se va a tener. En ese sentido, sería un recurso humano con alta capacidad resolutivez, con la cual no solo se va a resolver el problema de la Región Pacífico Central, sino también de la Red Noroeste, porque al ser Puntarenas un nuevo Hospital que resuelve, va a trasladar menos pacientes al Hospital México. En ese sentido, le dejan más camas libres al Hospital México, para que resuelva otros problemas de los otros hospitales de la Red en primer lugar. No obstante, dadas las limitaciones que ha tenido el Hospital, su filosofía del trabajo es que la Caja es una sola Institución y el Hospital de Puntarenas, ha recibido pacientes de otros lugares del país. El Hospital Monseñor Sanabria se debe visualizar como un hospital regional más, no obstante, si también está la oportunidad de poder crecer, el equipo de trabajo está dispuesto a asumir ese nuevo reto, el cual significaría una nueva infraestructura y algunas otras condiciones desde el punto de vista del recurso humano y tecnología. En ese sentido, la recomendación es un dato que se adoptó en consenso la Dirección del Hospital y la Dirección Médica, fue sometido a discusión con el Consejo Técnico del Hospital y se acepta el reto de 300 camas funcionales desde el punto de vista de recursos humanos, pero con proyección de la infraestructura para crecer 350 camas censales para el año 2020.

Interviene el Director Alvarado Rivera pregunta si la infraestructura es modular para que el Hospital vaya creciendo.

Responde la Dra. Sáenz Madrigal que esa propuesta, se tiene que presentar por la parte de la Gerencia de Infraestructura, a consideración de la Junta Directiva.

Comenta la señora Presidenta Ejecutiva que en la Institución, trabaja un grupo denominado "Puesta en Marcha". El grupo empezaría a trabajar, prácticamente, cuando falten alrededor de seis meses para entregar la obra. No obstante, en este momento, ese Grupo empieza a trabajar

desde ya, para ir planeando el tema del recurso humano, de especialistas, de técnicos, e ir diseñando todas las decisiones que tienen que se tiene que ir concatenando para cuando llegue el momento. Ha sido un trabajo muy fuerte de ese grupo y están haciendo un buen trabajo. Ese aspecto tiene que ir con la proyección y con las personas locales. Hace énfasis que en la reunión de Puesta en Marcha, no solo participan funcionarios del Nivel Central, porque participan las personas que están en los proyectos y los usuarios directos de los proyectos. Además, sirve para ir teniendo un cierto grado de control de avance de lo que se indica, en términos de lo que en realidad se va teniendo.

Comenta el licenciado Alvarado Rivera que los Director de la Junta Directiva, deberían empezar a evaluar la capacidad productiva de los hospitales periféricos, para que sea suficiente porque el casco urbano está totalmente colapsado. La atención de pacientes en los Hospitales Calderón Guardia, San Juan de Dios y el México tienen un congestionamiento vial tan grande que, por ejemplo, se va a tener que trasladar los pacientes vía helicóptero para poder atender emergencias. En esa visión de crear hospitales con muy alta resolución, en la periferia le parece que es la visión que se debe proyectar, que ese sería como el norte que se debería tener de ese Hospital, porque se va a construir y, probablemente, sea uno de los hospitales nuevos, reformados, con todo un nivel de tecnología muy elevado, entre otros, que vaya teniendo ese carácter. Cree que con esta visión de proyección y de crecimiento, es muy positivo para el Hospital y es encomiable de que haya asumido el reto de crecer y de llevar adelante toda esa proyección.

La Dra. Sáenz Madrigal sugiere que se agregue un tercer acuerdo, el cual sería instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnología y a la Gerencia Financiera, para que presente el análisis tanto del costo de operación como la sostenibilidad de la propuesta.

Pregunta don Renato Alvarado cuándo se tiene pensado que el Hospital esté terminado.

Responde la Dra. Sáenz Madrigal que está planificado para que la construcción finalice en el año 2022.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-23467-2016, fechado 20 de diciembre del año 2016, que firma la Gerente Médico que, en lo conducente, literalmente se lee así:

#### **“RESUMEN EJECUTIVO**

La Gerencia Médica procede a presentar el Informe en torno al Proyecto de construcción del Hospital Monseñor Sanabria.

#### **ANTECEDENTES**

La Junta Directiva en el artículo 14 de la sesión N°8853, acordó:

#### **“ARTICULO 14°**

**Finalmente** y habiéndose hecho la presentación del informe en relación con los cambios realizados en Proyecto de construcción nueva estructura del Hospital Monseñor Sanabria (Ref. oficio número GM-SJD-14270-2016 del 27 de junio del año 2016, suscrito por la señora Gerente Médico), la Junta Directiva **ACUERDA:**

- 1) *Dar por recibido el informe en referencia que constituye un informe de avance del trabajo que se ha venido realizando.*
- 2) *En consideración de lo planteado en la parte deliberativa, solicitar a la Gerencia Médica, en relación con los Proyectos de construcción de nueva estructura, que se estandarice la metodología de los estudios sobre el particular.*

*Asimismo y entre otros aspectos planteados en la deliberación, se le pide que, en cuanto al Proyecto de construcción de la nueva infraestructura del Hospital Monseñor Sanabria, se esquematice la información en cuanto a las condiciones que se tenían antes del terremoto, la que se tienen en este momento y las que se espera que tenga el Hospital en un futuro; lo relativo al recurso humano (y dentro de ello la formación de médicos especialistas) requerido cuando la nueva planta física entre en operación, así como al equipo médico. Por tanto, se queda a la espera de la presentación de la respectiva propuesta a la Junta Directiva, y **se dispone** que se continúe con el trabajo técnico que se ha venido desarrollando”.*

## **ACCIONES**

Se adjunta el Informe en torno al Proyecto de construcción del Hospital Monseñor Sanabria, en el cual se plantea el análisis de los escenarios de proyección de requerimientos camas hospitalización ...”.

habiéndose realizado la presentación del Informe análisis de los escenarios de proyección de requerimientos camas hospitalización, Proyecto de construcción del Hospital Monseñor Sanabria, y tomando en consideración las siguientes variables:

- a) Que el inicio de puesta en operación del Hospital Monseñor Sanabria se tiene para el año 2021.
- b) Que la Administración debe buscar como objetivo la mejora en la gestión y optimización de los recursos.
- c) El incremento en la capacidad resolutive a 10%, disminuyendo el traslado de pacientes hacia el Hospital cabecera de la Red de Servicios, en este caso, el Hospital México.
- d) Aumento en la ambulatorización de procedimientos quirúrgicos.

e) Fortalecimiento del Hospital de día y alta programada,

con fundamento en las variables expuestas y tomando en consideración la recomendación de la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-23465-2016, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA:**

- 1) Definir para un número de 300 (trescientas) camas para el inicio de puesta en operación del Hospital Monseñor Sanabria, en el año 2021. Asimismo, tomando en cuenta las variables señaladas considerar como dotación de camas normal un número de 350 (trescientas cincuenta) para el año 2030, el cual deberá ser analizado de frente a las necesidades de ese momento.
- 2) Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el referido oficio número GM-SJD-23465-2016 y, por ende, dar por atendido el artículo 14º de la sesión Nº 8853.
- 3) Instruir Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, y a la Gerencia Financiera presentar el análisis de costo de construcción-operación y sostenibilidad de la propuesta, lo cual deberá ser presentado en la tercera semana de febrero del año 2017.

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

Los doctores Álvarez Juárez, García Acosta y Chacón Ramírez, así como la ingeniera Gutiérrez Brenes se retiran del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 15º**

Por unanimidad de los presentes, **se declara la firmeza** de lo resuelto en el artículo 20º de la sesión número 8879: oficio Nº GM-SJD-23330-2016 de fecha 14 de diciembre del año 2016: /informe Fecundación in vitro (FIV)/ y sobre el particular lo ahí acordado.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Rosa Climent Marín, Fiscalización Servicios de Salud Contratos a Terceros; doctora Lilliana Mora Morales, y la licenciada Margot Darcia Carranza, funcionarias de la Dirección de Red de Servicios de Salud.

#### **ARTICULO 16º**

Conforme con lo previsto, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-23261-2016, fechado 19 de diciembre del año 2016, que contiene la propuesta de modificación contractual contratos C-5825-2019 Área de Salud León XIII –Carpio y C-6312-2010 Área de Salud San Sebastián – Paso Ancho con ASEMECO, Licitación Pública 2008LN-000013-1142.

La presentación está a cargo de la doctora Climent Martín, con el apoyo de las láminas que se especifican:

A)

**Propuesta de modificación a los contratos con ASEMECO Licitación Pública 2008LN-000013-1142**

**En cumplimiento al artículo 9 de la Sesión N°8840 de Junta Directiva del 02 de mayo del 2016**

Gerencia Médica  
Dirección de Red de Servicios de Salud  
Diciembre 2016

B)

**Propuesta de enmienda a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 ASEMECO, con fundamento en el artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa**

- La prórroga de los contratos con ASEMECO C-5825-2009 y el C-6312-2010, producto de la licitación pública N° 2008LN-000013-1142, Áreas de Salud León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho, fue autorizada por la Junta Directiva en la sesión N° 8840, artículo 9, celebrada el 02 de mayo del 2016:

De conformidad con lo instruido por la Junta Directiva una vez conocido el informe mediante la nota GM-SJD-10496-2016, referente a los contratos C-6312-2011 y C-5825-2009 Licitación Pública 2008LN-00031-1142, artículo 9 de la sesión N° 8840, que a la letra señala lo siguiente:

... 1) Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el mencionado oficio N° GM-SJD-10496-2016 y, por ende, dar por atendido lo acordado en el artículo 150 de la sesión N° 8798 del 03 de setiembre del año 2015.

2) Tomando en consideración los criterios jurídicos presentados tanto por la Dirección de Red de Servicios de Salud así como por la Dirección Jurídica, proceder a prorrogar los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 que suscribió la Caja Costarricense de Seguro Social con ASEMECO, según la licitación pública 2008LN-000013-1142, Áreas de Salud de León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho.

3) Dar en custodia a las Áreas de Salud que administra ASEMECO, los materiales y suministros almacenables, propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social. Para cumplir lo anterior, se instruye a la Gerencia Médica, a la Gerencia de Logística y a la Gerencia Financiera, realizar las coordinaciones pertinentes, bajo el marco de la legalidad, con el fin de aplicar este punto y garantizar las medidas de control que correspondan, para lo cual se instruye realizar la modificación contractual respectiva, de conformidad con la normativa vigente en la materia. "...

En razón de lo anterior, esta Gerencia le solicita su atención y trámite pertinente apego a lo instruido, arriba señalado.

C)

**Propuesta de enmienda a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 ASEMECO, con fundamento en el artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa**

6.3.2.5	Equipo de Apoyo
6.3.2.6	Equipo de Refuerzo Primer Nivel de Atención
6.3.5	Adscripción y Validación de Derechos
6.3.6	Sistemas de Información
6.3.7	Suministros
6.3.8	Potestades de la Caja Costarricense de Seguro Social. - Administrador del Contrato

D)

- **Enmienda del punto 6.3.2.5** cartelario “Equipo de Apoyo”:

Excluir a través de la modificación contractual, la obligación del contratista de contar con el Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; en las Áreas de Salud de Carpio-León XIII y San Sebastián-Paso Ancho

- **Enmienda del punto 6.3.2.6** cartelario: Equipo de Refuerzo al Primer Nivel de Atención:

Excluir a través de la modificación contractual, la obligación del contratista de contar con los Médicos Especialistas en Medicina Interna y Ginecología en el Área de Salud de Carpio-León XIII y en el Área de Salud de San Sebastián-Paso Ancho el Médico Especialista en Medicina Interna.

E)

### **Afiliación, Validación, Facturación de servicios médicos, Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales**

Enmendar el **punto 6.3.5** Validación de Derechos que rige la ejecución contractual actual, para introducir el capítulo elaborado por la Dirección de Coberturas Especiales a la adenda.

Se autorice reforzar con **1 Técnico en Contabilidad 3**, para cada una de las Áreas de Salud.

### **SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Enmendar **del punto 6.3.6**: incorporar a la adenda el capítulo que elaboro la DTIC relaciona con TIC.

F)

### **MATERIALES Y SUMINISTROS**

Enmendar el **punto 6.3.7** Suministros.

- Responsabilidades sobre la disposición, almacenamiento y distribución de los insumos, implementos y medicamentos propiedad de la C.C.S.S. suministrados a las Áreas de Salud de Carpio- León XIII y San Sebastián-Paso Ancho y su correspondiente control.
- Coordinación entre las diferentes áreas de contabilidad institucional(contabilidad de Costos, Contabilidad de activos y suministros, contabilidad operativa, Dirección de Presupuesto, Tesorería, ALDI, Área de Planificación de la Gerencia de Logística.

G)

Enmendar el **punto 6.3.8 Potestades de la Caja Costarricense de Seguro Social**

### **• Administración del Contrato**

La Administración de los contratos estarán a cargo de la **Dirección de Regional de Servicios de Salud Central Norte** en el caso del contrato C-5825-2009 (Área de Salud Carpio-León XIII) y de la **Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur** para el Contrato C-6312-2010 (Área de Salud San Sebastián Paso-Ancho).

H)

Detalle de la distribución del monto mensual considerando los cambios solicitados para el contrato C6312-2010 Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho Licitación Pública 2008LN-000013-1142			
Detalle	Monto mensual Pagado actualmente	Monto de la adenda del contrato	Distribución Porcentual recomendada
Mano de obra	€90.085.648,56	€86.725.854,24	63,17%
Mat y Suministros	55.199.448,79	13.898.509,84	10,12%
Gastos indirectos	25.498.034,55	24.452.309,71	17,81%
Alquiler inmuebles	7.258.699,74	6.932.290,77	5,05%
Utilidad	7.129.080,10	5.285.850,37	3,85%
<b>Total</b>	<b>185.170.911,74</b>	<b>137.294.814,92*</b>	<b>100,00%</b>

\*Equivalente al -25,86% de lo actualmente pagado, lo cual se ubica dentro del rango porcentual de variación permitido por el artículo N° 200 del RLCA

D)

Detalle de la distribución del monto mensual considerando los cambios solicitados para el contrato C5825-2009 Área de Salud Carpio-León XIII Licitación Pública 2008LN-000013-1142			
Detalle	Monto mensual Pagado actualmente	Monto de la adenda del contrato	Distribución Porcentual recomendada
Mano de obra	€103.578.332,51	€99.243.804,18	62,71%
Mat y Suministros	52.526.270,78	16.606.407,82	10,49%
Gastos indirectos	30.433.329,52	29.057.550,28	18,36%
Alquiler inmuebles	7.633.575,68	7.263.188,56	4,59%
Utilidad	7.774.938,20	6.093.168,60	3,85%
<b>Total</b>	<b>201.946.446,69</b>	<b>158.264.119,44*</b>	<b>100,00%</b>

\*Que representan un -21,63% de lo actualmente pagado, lo cual se ubica dentro del rango porcentual de variación permitido por el artículo N° 200 del RLCA

J) Recomendaciones

- La Gerencia Médica y la Dirección de Red de Servicios de Salud recomiendan avalar la modificación contractual a los Contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 con ASEMECO de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142, de acuerdo en lo aquí expuesto.
- Autorizar a la administración para que realice la implementación de las enmiendas propuestas de modificación contractual, en un plazo de 2 meses contados a partir del 02 de enero del 2017.
- Dar por atendido lo instruido por la Junta Directiva en el artículo 9 de la Sesión N° 8840 de fecha 02 de mayo del 2016.

K) Propuesta acuerdo Junta Directiva:

La Junta Directiva una vez conocida la propuesta de modificación contractual a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 con ASEMECO de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142 y al amparo de los establecido en el artículo 4 del Modelo de Distribución de Competencias en materia de Contratación Administrativa de la C.C.S.S y tomando en consideración la recomendación de la Gerencia Médica y de la Dirección de Red de

Servicios de Salud mediante oficio GM-SJD-23261-2016 de fecha 19 de diciembre del 2016, **ACUERDA:**

1. De conformidad con lo establecido en el artículo 12 de la Ley de Contratación Administrativa y artículo 200 de su Reglamento, la Junta Directiva aprueba la modificación contractual a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 con ASEMECO, de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142.
2. Dar por atendido lo instruido por la Junta Directiva en el artículo 9 de la Sesión N° 8840 de fecha 02 de mayo del 2016.
3. Autorizar a la administración para que realice la implementación de las enmiendas propuestas de modificación contractual, en un plazo de 2 meses contados a partir del 02 de enero del 2017.

La doctora Climent Martín se refiere a la propuesta de modificación de los contratos con ASEMECO, los cuales son producto de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142 y es en cumplimiento, al artículo 9° de la sesión N°8840 del 2 de mayo del año 2016 de la Junta Directiva. En esa sesión se había acordado prorrogar los contratos C-6312-2010 y C-5825-2009 firmados con ASEMECO. La prórroga empieza a partir del primero de enero del año 2016, en ese momento, se presentó que uno de los cambios más importantes que se estaban presentando, para la prórroga es dar a este proveedor en custodia los materiales y suministros y que sean propiedad de la Caja y desde la Institución contralar el uso de esos productos. Como parte del acuerdo se tenía que reunir con los diferentes funcionarios de las Gerencias relacionadas con el tema. Hace énfasis en que se ha pasado un período de trabajo intenso en estos últimos meses, se han reunido con los funcionarios encargados y se propondrán cambios a esos puntos, porque son aspectos cartelarios. Por lo que es importante para el mejor desempeño en la prórroga del contrato, el cual iniciará el primero de enero del año 2017. La propuesta de enmienda al punto 6.3.2.5: se refiere al equipo de apoyo y con el médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Punto 6.3.2.6: Excluir a través de la modificación contractual, la obligación del contratista de contar con el Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, en las Áreas de Salud de Carpio-León XIII y San Sebastián-Paso Ancho. Cada mes se tiene que estar haciendo todo el trámite administrativo, para rebajar el dinero que contiene la factura y se relaciona con esos especialistas no contratados. Entonces, esos aspectos serán excluidos de acuerdo con lo que se plantea en el documento, en la página 9) se indica que en caso de que los impedimentos existentes, sean superados por el contratista, pues se podría negociar excluir esos puntos del contrato, pero son dos puntos cartelarios.

Respecto de la segunda parte del comentario de la Dra. Climent, pregunta la Dra. Sáenz Madrigal si los impedimentos desaparecieran, se tendría que negociar de nuevo, o se envía una notificación, por si se plantea que se va a negociar desde la perspectiva del contratista. Le parece que el mensaje no queda claro, pero para la población el mensaje es: “la Caja nos quitó los especialistas”.

Aclara la Dra. Climent que, definitivamente, como se anotó, tal vez es que superados esos impedimentos por el contratista, eventualmente, la administración podrá valorar ese aspecto y efectuar las modificaciones al contrato, e incluirlos otra vez.

Consulta el Director Barrantes Muñoz si es una imposibilidad material, desde la perspectiva de conocimiento de la Institución.



Señala la Dra. Sáenz Madrigal que en el país, no hay muchos Médicos de Medicina Familiar, así como los Ginecólogos están dentro del grupo de la inopia de Especialistas y, también, los Médicos Internistas. El otro tema es que se dificulta contratar especialistas que quieran trabajar a nivel ambulatorio, porque prefieren el nivel hospitalario y, además, existe una limitación porque no es la posibilidad que más le llama la atención.

Sobre el particular, señala la Dra. Climent que ese aspecto, ha sido una dificultad importante que se ha tenido con la contratación de esos Especialistas.

Continúa la Dra. Climent y anota que el tema de afiliación, validación, facturación de servicios médicos, riesgos excluidos y coberturas especiales, es el punto 6.3.5 cartelario. Comenta que ese cartel se elaboró en el año 2007, para promover la licitación en el año 2008. En ese momento, apenas se empezaba a hacer referencia de los riesgos excluidos, por lo que no están incluidos en el contrato. Con la Dirección de Coberturas Especiales se trabajó un capítulo especial, para introducirlo en este momento que se tiene la posibilidad de que quede incluido en el contrato, para que ASEMECO asuma lo correspondiente a la facturación de riesgos excluidos. Por ejemplo, algunas coberturas especiales y aseguramiento por el Estado y esos aspectos, sean tramitados en el Primer Nivel de Atención y no se tenga que trasladar al Segundo Nivel de Atención, como se está haciendo actualmente. Ese proceso evitaría trámites engorrosos para las personas que van a ese Segundo Nivel de Atención. Entonces, se está solicitando que se autorice reforzar con un Técnico de Contabilidad 3, porque se va a estar haciendo conciliaciones de facturación, para cada una de las áreas de salud. Esa sería la única plaza que se está pidiendo incluir, en esas áreas de salud que administra ASEMECO. En cuanto al punto 6.3.6: relacionado con los sistemas de información, se trabajó con la Dirección de Tecnología de Información, en el capítulo relacionado con el tema. Se está incorporando con detalle a la adenda del contrato, las funciones que tendrían que realizar y las responsabilidades ante el uso de herramientas que son propiedad de la Caja. El trabajo con ASEMECO está muy adelantado y se está conectando con el Nivel Central. Superado este tema, sería ya empezar a instalar las herramientas que se les facilitará. En cuanto al punto 6.3.7.: es muy importante en esa primera etapa que se va a realizar los cambios en materiales y suministros, todas las herramientas que se relacionan con el control de suministros, Sistema de Información de Gestión de Medicamento (SIGES), el Sistema Integrado de Farmacia (SIFA), y otros. El detalle de Seguridad Informática, se ha superado a través de ese capítulo, el cual es muy detallado y en el documento que se aporta, está todo el detalle de ese capítulo. El tema principal del asunto y el cambio estaría en Materiales y Suministros, entonces, es enmendar ese punto 6.3.7. En ese punto se ha enumerado las responsabilidades que tendrían sobre la disposición, almacenamiento, distribución de los insumos, implementos y medicamentos, porque serían propiedad de la Caja y ASEMECO los va a suministrar a las personas que asistan a recibir servicios de salud. También se está incorporando toda la parte de control, es decir, cómo se va a controlar los materiales y suministros, por lo que se está coordinando. Es un tema complicado porque se realizan reuniones con todos los contadores de la Caja y la Institución tiene muchas contabilidades, pero ya se ha estado trabajando para llevar la contabilidad, de los bienes y servicios, correctamente, con Contabilidad de Costos, con Contabilidad de Activos y Suministros, con la Contabilidad Operativa, con la Dirección de Presupuesto y otros. Todos los productos almacenables están en el listado de lo almacenable, a través del Catálogo de Suministros que se tiene y se realizó una revisión de lo que se les podría autorizar de los productos no almacenables, esos aspectos están

debidamente revisados. En el punto 6.3.8., se está solicitando la autorización de la modificación a la Junta Directiva, porque son potestades de la Caja, pasar la administración de esos contratos a las Direcciones Regionales, porque se han recibido muchas quejas de que, posiblemente, haya duplicidad de funciones entre la Dirección de Red de Servicios de Salud y las Direcciones Regionales. La administración de los contratos estará a cargo de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte, en el caso del contrato C-5825-2009, correspondiente al Área de Salud Carpio-León XIII y de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, para el Contrato C-6312-2010 del Área de Salud San Sebastián Paso-Ancho. Ese aspecto es importante, porque se considera que va haber beneficio para los proveedores, porque se está adelgazando el grupo que se tiene conformado y es el tema que se ha planteado en la Gerencia Médica. Todos los aspectos están debidamente gestionados y están preparados para que se realice el cambio. En cuanto al detalle de la distribución del monto mensual, considerando los cambios solicitados para el contrato N° C6312-2010, el monto que se está, actualmente, pagando es de ciento ochenta y cinco millones ciento setenta mil novecientos once colones, para el Área de Salud San Sebastián – Paso Ancho. Una vez que se revisó la exclusión de los médicos especialistas, la inclusión en este caso del Técnico en Contabilidad, aún sigue siendo menor el monto que se pagaría a partir de ese momento. En materiales y Suministros se pasaría de pagar cincuenta y cinco millones de colones, básicamente, para que compren los productos no almacenables, por ejemplo, las pruebas efectivas de laboratorio, algunos productos de odontología y otros insumos que, definitivamente, no se tienen en el Almacén General. El monto de 29% que se tenía planteado se pasó a un 10.12% y, también, se ajustaron los gastos indirectos, porque si disminuye la mano de obra, los gastos indirectos también. Por lo que se hicieron algunos ajustes a alquileres y lo más importante, es que la utilidad está ajustada también para los proveedores del servicio. Entonces, se está pasando de pagar un monto de siete mil ciento veinte nueve millones de colones a cinco mil doscientos ochenta y cinco millones de colones, para el caso del contrato con ASEMECO. Lo cual significa que el contrato disminuiría en -25.86% y está dentro del rango porcentual de la variación permitida, en el artículo número 200° del Reglamento de la Ley de Contratación Administrativa y es para el caso del Área de Salud de San Sebastián – Paso Ancho. En cuanto al detalle de la distribución del monto mensual, considerando los cambios solicitados para el contrato N° C5825-2009 del Área de Salud Carpio – León XIII tiene el mismo análisis. Se revisó rubro por rubro, se hicieron los ajustes y el monto variará en un -21.63% y el asunto se conversó con ASEMECO. La recomendación es que la Junta Directiva acepte la propuesta, la cual está debidamente revisada y se autorice a la administración, para que la implementación de esas propuestas, se les dé al menos dos meses de plazo, a partir del momento en que es negociado. Entonces, así se daría por atendido, lo instruido por esta Junta Directiva en el artículo 9° de la sesión N°8840.

Hace la observación el Director Barrantes Muñoz de que éste no es el primer contrato con ASEMECO. Pregunta si en materia de especialistas, igual en el primer contrato no tuvieron la posibilidad de brindar el servicio.

Responde la Dra. Climent que si han tenido la posibilidad de contratar, pero los especialistas se van, pero las especialidades que se han quedado sin contratar, es porque, definitivamente, se han hecho todos los esfuerzos y no hay en el mercado, especialistas de esa naturaleza.

Reitera, el licenciado Barrantes Muñoz en que lo anterior, tiene una implicación en la prestación del servicio de esas poblaciones. Le preocupa porque hay un tema de cómo se cubren

esas necesidades, porque se está frente a una situación de inequidad, en la prestación del servicio, dado que ese es un tema que de alguna manera, hay que buscar atenderlo, porque genera presión sobre el siguiente nivel de atención y es una situación del contrato.

Añade la Dra. Rocío Sáenz que es un asunto de las clínicas, no es solamente de las áreas de salud que están brindando los servicios por terceros.

Agrega el Director Barrantes Muñoz que está enfrentando a la Institución, a un tema de cómo suplir esas necesidades, para la atención de la población porque el objetivo, desde el punto de vista prestacional, no se estaría completando y le parece importante externar ese señalamiento. Por otro lado, aunque la propuesta menciona una norma legal en la que se apoya, por lo menos en la documentación entregada, no hay ningún criterio jurídico, desde el punto de vista de análisis. Por lo que le parece importante preguntar, si no está incluido por el tema de que, simplemente, no se incluyó; pero el sustento legal para la modificación del contrato, desde el punto de vista de su apego al ordenamiento jurídico.

Señala el Subgerente Jurídico que es correcto el fundamento legal. No recuerda si fue que se solicitó el criterio a la Dirección Jurídico, o fue la asesoría, propiamente, que se brindó desde la Dirección Jurídica, pero no con un criterio específico, pero es válido el fundamento jurídico, con que se plantea el asunto. Como lo señala la Dra. Climent, hubo múltiples reuniones con los funcionarios de la Dirección Jurídica, encargados de la materia de contratación.

Manifiesta la Dra. Sáenz Madrigal que se plantea en la discusión, que al asunto se le daría seguimiento y el administrador del contrato, serían las Direcciones Regionales, pero no está observando que esté en el acuerdo. Le parece que para hacer el tema formal, debería de estar en el acuerdo, así como el traslado de los recursos a esas Regiones. Al ser un tema administrativo y legal debería haber un acuerdo, porque el cambio de administrador del contrato es muy importante.

Sobre el particular, la Dra. Climent Martín señala que se le olvidó incluirlo en la presentación, pero sí está entre los documentos.

Pregunta la señora Presidenta Ejecutiva si están de acuerdo.

Se responde que no está como contrato.

Solicita la Dra. Sáenz Madrigal que se tome nota al respecto, en términos de incluir el acuerdo y el traslado de los recursos a los niveles regionales que le darán el seguimiento al contrato.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-23261-2016, fechado 19 de diciembre del año 2016 que firma la señora Gerente Médico y que, en lo conducente, literalmente se lee así:

#### **“RESUMEN EJECUTIVO**

La Gerencia Médica y la Dirección de Red de Servicios de Salud presentan la propuesta de modificación contractual Contratos C-5825-20019 y C-6312-2010 con ASEMECO de a

Licitación Pública 2008LN-000013-1142, lo anterior según el oficio DRSS-FISSCT-2953-2016 de fecha 05 de diciembre del 2016, que a la letra indica:

*“Se presenta para su consideración la propuesta de modificación contractual contratos C-5825-2009 Área de Salud León XIII-La Carpio y C-6312-2010 Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho/ASEMECO, Licitación Pública 2008LN-000013-1142, lo anterior según el oficio GM-SJD-12369-16, de fecha 24 de mayo del 2016, que a la letra indica:*

De conformidad con lo instruido por la Junta Directiva una vez conocido el informe mediante la nota GM-SJD-10496-2016, referente a los contratos C-6312-201 y C-5825-2009 Licitación Pública 2008LN-00031-1142, artículo 9 de la sesión N° 8840, que a la letra señala lo siguiente:

*...” 1) Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el mencionado oficio N° GM-SJD-10496-2016 y, por ende, dar por atendido lo acordado en el artículo 150 de la sesión N° 8798 del 03 de setiembre del año 2015.*

*2) Tomando en consideración los criterios jurídicos presentados tanto por la Dirección de Red de Servicios de Salud así como por la Dirección Jurídica, proceder a prorrogar los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 que suscribió la Caja Costarricense de Seguro Social con ASEMECO, según la licitación pública 2008LN-000013-1142, Áreas de Salud de León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho.*

*3) Dar en custodia a las Áreas de Salud que administra ASEMECO, los materiales y suministros almacenables, propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social. Para cumplir lo anterior, se instruye a la Gerencia Médica, a la Gerencia de Logística y a la Gerencia Financiera, realizar las coordinaciones pertinentes, bajo el marco de la legalidad, con el fin de aplicar este punto y garantizar las medidas de control que correspondan, para lo cual se instruye realizar la modificación contractual respectiva, de conformidad con la normativa vigente en la materia.”...*

En razón de lo anterior, esta Gerencia le solicita su atención y trámite pertinente apego a lo instruido, arriba señalado.

## **1. Antecedentes**

- a) El cartel de licitación pública N° 2008LN-000013-1142 el cual comprende, entre otros los contratos C-5825-2009 y el C-6312-2010 para la prestación de servicios de atención integral en salud en las **Áreas de Salud León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho.***
- b) La Cláusula Décima de los contratos con ASEMECO, establece que la vigencia de los mismos, “(...) es por seis años, pudiendo ser prorrogado por una única vez por un período de cuatro años (...)”. La prórroga fue autorizada por la Junta Directiva en la sesión N° 8840, artículo 9, celebrada el 02 de mayo del 2016.*
- c) ASEMECO no cuenta con los médicos especialistas en las Áreas de Salud Carpio-León XIII y San Sebastián-Paso Ancho, según se señala a continuación:*

<b>C-5825 Área de Salud Carpio-León XIII</b>	
<b>Faltante de Médicos Especialistas</b>	
<b>Médico Especialista Medicina Familiar y Comunitaria</b>	<b>44 horas</b>
<b>Médico Especialista Medicina Interna</b>	<b>22 horas</b>
<b>Médico Especialista Ginecología</b>	<b>22 horas</b>

<b>C-6312-2010 Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho</b>	
<b>Faltante de Médicos Especialistas</b>	
<b>Médico Especialista Medicina Familiar y Comunitaria</b>	<b>44 horas</b>
<b>Médico Especialista Medicina Interna</b>	<b>22 horas</b>

*En oficio DJ 2874-2012 del 9 de mayo del 2012, las licenciadas Mariana Ovarés Aguilar y Mayra Acevedo Matamoros, ambas de la Dirección Jurídica manifiestan en relación con el cumplimiento de la obligación del contratista de contar con los médicos especialistas, que en lo que interesa señala:*

*“Partiendo de los hechos arriba enunciados, se entiende que existe una imposibilidad material del contratista de cumplir con la obligación cartelaria establecida en el punto 6.3.2.6 de la Licitación Pública LN 000013-1142. Imposibilidad que, según lo manifiesta el consultante, ha sido comprobada administrativamente.*

*Al respecto, importa hacer las siguientes consideraciones:*

*De acuerdo con el artículo 34 de la Ley de Contratación Administrativa, la naturaleza de la garantía de cumplimiento consiste en asegurar a la Administración, el resarcimiento por cualquier perjuicio que pueda causar el contratista. En ese sentido se entiende que su ejecución únicamente podría obedecer ante causa comprobada de un daño ocasionado por incumplimiento injustificado.*

*(...) toda vez que según lo ha comprobado la propia administración, los contratistas se encuentran frente a una imposibilidad material de atender a la obligación contraída en el punto 6.3.2.6 cartelario.*

*Por último, considerando que resulta incierta la posibilidad de contar con los médicos especialistas que exige el cartel, es criterio de esta Dirección que por un*

*aspecto de orden y seguridad jurídica, debe modificarse el concurso para que se elimine el cumplimiento en lo referente al punto 6.3.2.6 cartelario.*

- d) *La Dirección de Red de Servicios de Salud, mediante oficio DRSS-FISSCT-2923-12 del 19 de julio del 2012, hace del conocimiento de Gerencia Médica el Criterio Jurídico DJ 2874-2012. Con base en dicho criterio la Gerencia Médica en oficio GM-1655-0 del 12 de febrero de 2013, instruyó a la Dirección de Red de Servicios de Salud, proceder según lo anotado en el criterio de la Dirección Jurídica.*
- e) *Minuta de reunión realizada el 13 de agosto del 2014, estando presentes funcionarios de la Dirección de Tecnologías de Información, de la Dirección de Red de Servicios de Salud y de ASEMECO, con el objetivo de revisar los aspectos técnicos relacionados con el enlace de comunicación para el uso de aplicaciones de acceso intranet de la C.C.S.S., que en lo conducente indica lo siguiente:*

*“1. Basado en la información de diagnóstico proporcionada por ASEMECO y en los aspectos técnicos comentados, entre los que se encuentran la proyección de la actualización de computadores usuario final, del Windows XP, la gestión de la redundancia en enlaces y la mejora de la política de seguridad, se determina que es factible establecer conectividad entre la red de Asemeco y la red CCSS.*

*2. Como primera opción para el enlace de comunicación se considera un enlace de 10MB en fibra óptica, entre el edificio de la Clínica Bíblica (ubicado en San José, avenidas 14 y 16 ) y oficinas centrales de la CCSS (ubicada en San José, avenidas 2 y 4).*

*3. Para estimar la capacidad inicial del enlace de comunicación se ha contemplado el uso de aplicaciones de acceso intranet: SIAC para validación de derechos, aseguramientos por el estado y atenciones con cargo al Estado y Facturación de no asegurados con capacidad de pago (MIFRE). En caso de que se tome la decisión de utilizar otros aplicativos CCSS, deberá analizarse en conjunto la capacidad del enlace, para determinar si requiere o no ampliarse.*

*4. ASEMECO estará monitoreando el uso del enlace para establecer si la capacidad inicial propuesta (10MB) es suficiente.*

*5. ASEMECO remitirá el esquema de red y las gráficas o estadísticas sobre el uso actual de los enlaces.*

*6. Personal técnico de comunicaciones de CCSS y ASEMECO coordinaran lo pertinente para establecer la conectividad. Estarán informando el plazo estimado de implementación y los avances realizados al respecto. ASEMECO gestionará lo necesario con el proveedor del Servicio de Telecomunicaciones para concretar el enlace mediante fibra óptica*

*7. Con el objetivo de amparar y respaldar documentalmente a los funcionarios de la CCSS, de manera que no se exponga al hecho de apersonarse y/o realizar labores en las instalaciones de un tercero contratado por la institución sin que medie autorización, la*

*DRSS gestionará ante las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías la autorización de la participación del personal en los siguientes términos:*

• *Durante la vigencia del contrato, el personal de la CCSS, sea personal técnico informático, usuario, administrativo o cualquier otro puesto en la organización está completamente autorizado a participar en los procesos de inducción para apoyar la implantación y operativa, atender incidencias o coordinar acciones para el uso exitoso de los sistemas institucionales en cualquiera de los establecimientos de salud que son administrados por ASEMECO.”*

f) *Mediante oficio DCE-0313-09-2014 de fecha 02 de setiembre del 2014, el Lic. Miguel Cordero Director de la Dirección de Coberturas Especiales, brinda su aval a la propuesta de adenda, según los términos contenidos en el informe AGRE-899-2014/ACE-184-08-2014. Con esto, se podrá dar respuesta a informe de Auditoría AI-ASS-274-2010 “Evaluación del Sistema de Información para identificar las personas Aseguradas por el Estado”*

g) *En oficios DAGP-0407-2015 del 21 de abril del 2015 y DAGP-0753-2015 del 08 de julio de 2015, el Lic. Guillermo Abarca Agüero, Director, Dirección de Administración y Gestión de Personal, emite criterio técnico relacionado con el reforzamiento de recurso humano correspondiente al área de validación de Derechos, el cual es avalado mediante oficio GM-ADM-CA-33728-2015 de fecha 29 de julio del 2015 por parte de la Gerencia Médica.*

h) *La Junta Directiva de la C.C.S.S. en la sesión N° 8840, artículo 9, celebrada el 02 de mayo del 2016, ACUERDA:*

1. *Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el mencionado oficio N° GM-SJD-10496-2016 y, por ende, dar por atendido lo acordado en el artículo 150 de la sesión N° 8798 del 03 de setiembre del año 2015.*

2. *Tornando en consideración los criterios jurídicos presentados tanto por la Dirección de Red de Servicios de Salud así como por la Dirección Jurídica, proceder a prorrogar los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 que suscribió la Caja Costarricense de Seguro Social con ASEMECO, según la licitación pública 2008LN-000013-1142, Áreas de Salud de León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho.*

3. *Dar en custodia a las Áreas de Salud que administra ASEMECO, los materiales y suministros almacenables, propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social. Para cumplir lo anterior, se instruye a la Gerencia Médica, a la Gerencia de Logística y a la Gerencia Financiera, realizar las coordinaciones pertinentes, bajo el marco de la legalidad, con el fin de aplicar este punto y garantizar las medidas de control que correspondan, para lo cual se instruye realizar la modificación contractual respectiva, de conformidad con la normativa vigente en la materia.”*

*Por lo que, en coordinación con las instancias técnicas de la Gerencia Financiera y de la Gerencia de Logística, esta Dirección, a través de los funcionarios del equipo de*

*Fiscalización de Servicios de Salud de Contratos a Terceros, se procede a la revisión de los presupuestos de despacho de las Áreas de Salud administradas por proveedores externos, en el SIGES.*

- i) A solicitud de los representantes de ASEMECO, se realizó reunión dirigida por la Licda. Mariana Ovares y el Lic. Pedro Alvarez de la Dirección Jurídica el día 19 de setiembre del 2016, estando presentes los funcionarios de ASEMECO, Fiscalización de Contratos a Terceros y este servidor; donde solicitaron que la Caja les presentara la propuesta de modificación a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010, por lo que en, en oficio ACC-1408-2016, de fecha 30 de setiembre 2016, suscrito por la Licda. Azhyadee Picado Vidaurre, Jefe del Área de Contabilidad de Costos y Licda. Adriana Gutiérrez Medina, Analista, emitieron el criterio técnico respectivo.*
- j) Mediante el oficio DRSS –FISSCT-2665-2016, de fecha 20 de octubre del 2016, se solicitó a ASEMECO presentar a la Dirección de Red de Servicios un informe actualizado de las cantidades de los materiales, medicamentos y suministros almacenables (A), que en la actualidad el ALDI les está despachando; con el fin de adecuar las cantidades a las necesidades de las poblaciones atendidas por su representada durante el período de prórroga de los contratos.*
- k) Dentro del informe antes citado, se les solicitó integraran los materiales y suministros almacenables que en la actualidad no se están despachando por parte del ALDI, al no estar contemplados en el presupuesto de Despacho designado para las áreas de salud bajo la presente contratación; con el fin de que la Dirección de Red de Servicios de Salud, solicite al Coordinador de Presupuesto de Despacho, Sub-Área de Programación de Bienes y Servicios la autorización para que se incluyan los códigos y cantidades según corresponda.*
- l) Se procederá a solicitar al Lic. Daniel A. Navarro Chavarría, Coordinador Presupuesto de Despacho, Sub-Área de Programación de Bienes y Servicios, a hacer formal traslado de los formularios para la modificación del presupuesto de despacho de los materiales y suministros almacenables de las Áreas de Salud de Carpio León XIII (U.P.) y San Sebastián-Paso Anchi (U.P.2230). Asimismo, con la escasa información brindada por ASEMECO; se realizó una revisión de los materiales y suministros clasificados como Z, para determinar los montos aproximados para que el proveedor los adquiera.*
- m) En el oficio DRSS-FISSCT-2448-2016, de fecha 26 de setiembre del 2016, suscrito por el Dr. Jorge Fonseca Renauld, se traslada al Área de Contabilidad de Costos, formalmente la evaluación a la propuesta técnica de modificación realizada por la Dirección de Red de Servicios de Salud, según lo solicitado por ASEMECO.*
- n) Mediante el oficio ACC-1408-2016, de fecha 30 de setiembre 2016, suscrito por la Licda. Azhyadee Picado Vidaurre, Jefe y Licda. Adriana Gutiérrez Medina, Analista, dirigido a este Despacho; presentan el respectivo “cálculo de variación de los contratos”; el cual a su vez, es trasladado al Lic. Bernal Aragón Barquero, Apoderado Generalísimo de ASEMECO; mediante el oficio DRSS-FISSCT--2508-2016, del 30 de setiembre de 2016, para su respectivo análisis.*



- o) *A través de los oficios DA-0020-10-2016, del 11 de octubre del 2016 y DA-022-10-2016, de fecha 18 octubre 2016; ASEMECO presenta la contrapropuesta para la modificación a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010, así como las aclaraciones solicitadas por el Administrador del Contrato.*
- p) *De conformidad con los antecedentes antes descritos, se solicita formalmente la revisión al cálculo inicial emitido en el oficio ACC-1408-2016, al Área de Contabilidad de Costos, mediante el oficio DRSS –FISSCT-2667 -2016, de 20 de octubre de 2016.*
- q) *En el oficio ACC-1505-2016, de fecha 24 de octubre del 2016 el Área de Contabilidad de Costos emite el “cálculo de variación de los contratos” de acuerdo a lo expuesto por ASEMECO para los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010.*
- r) *En el Oficio DRSS-FISSCT-2733-2016, de 27 de octubre del 2016, dirigido al Lic. Bernal Aragón Barquero, Apoderado Generalísimo de ASEMECO; la Dirección de Red de Servicios de Salud comunica formalmente el resultado de la modificación a los contratos de marras, conforme a lo determinado por el Área de Contabilidad de Costos.*
- s) *A través del oficio DRSS-FISSCT-2952-2016, esta Dirección solicitó al Área de Contabilidad de Costos incluir el costo correspondiente a los Servidores que serán utilizados para la implementación del SIFA (Sistema Integrado de Farmacia), sistema que permitirá un mayor control de los inventarios, que la institución tenga un perfil farmacológico del paciente, lleva un estricto control las fechas de vencimiento, se controlan los medicamentos que salen de la farmacia y se produce un control de los policonsultantes; lo anterior de conformidad con lo instruido por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-12369-16, de fecha 24 de mayo del 2016.*
- t) *Mediante el oficio ACC-1685-2016 San José, de 02 de diciembre del 2016, el Área de Contabilidad de Costos, emite el criterio técnico correspondiente que contiene la variación en los contratos C-5825-2009 Área de Salud Carpio-León XIII y C-6312-2010 Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho (ASEMECO).*
- u) *A través del oficio DRSS-FISSCT-3066-2016, de fecha 05 de diciembre del 2016, dirigido al Lic. Bernal Aragón B. Apoderado Generalísimo de ASEMECO, la Dirección de Red de Servicios de Salud comunica formalmente el resultado final de la modificación a los contratos de marras, conforme a lo determinado por el Área de Contabilidad de Costos, en el oficio ACC-1685-2016.*

## **2. Propuesta de Enmienda a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010**

*Así las cosas y de conformidad con los criterios técnicos emanados de las diversas instancias institucionales anteriormente enumerados y con el fin de presentar la propuesta de enmienda a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 a la Junta Directiva, paso a describir dicha propuesta, la misma está fundamentada en el artículo 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa y de conformidad con la cláusula quinta del contrato principal cuyo texto literal establece:*

*“Las obligaciones de las partes deberán ser cumplidas según lo dispuesto en la Ley de Contratación Administrativa y su reglamento, el cartel y sus anexos y la oferta y sus anexos”.*

**Tabla N°1**

*Puntos del cartel de la licitación sujetos a enmienda en las Áreas de Salud de León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho:*

<b>6.3.2.5</b>	<b>Equipo de Apoyo</b>
<b>6.3.2.6</b>	<b>Equipo de Refuerzo Primer Nivel de Atención</b>
<b>6.3.5</b>	<b>Adscripción y Validación de Derechos</b>
<b>6.3.6</b>	<b>Sistemas de Información</b>
<b>6.3.7</b>	<b>Suministros</b>
<b>6.3.8</b>	<b>Potestades de la Caja Costarricense de Seguro Social. - Administrador del Contrato</b>

**2.1 Punto 6.3.2.5 Equipo de Apoyo**

*Para excluir a través de la modificación contractual, la obligación del contratista de contar con el Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; en las Áreas de Salud de Carpio-León XIII y San Sebastián-Paso Ancho:*

<b>C-5825 Área de Salud Carpio-León XIII</b>	
<b>Perfil</b>	<b>Cantidad horas semanales</b>
<b>Médico Especialista Medicina Familiar y Comunitaria</b>	<b>44 horas</b>

<b>C-6312-2010 Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho</b>	
<b>Perfil</b>	<b>Cantidad horas semanales</b>
<b>Médico Especialista Medicina Familiar y Comunitaria</b>	<b>44 horas</b>

*En el caso de que los impedimentos existentes sean superados por el contratista, la Administración podrá valorar eventualmente, efectuar modificación contractual para incorporar al contrato la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria en las {Áreas de Salud que administra ASEMECO.*

**2.2 Punto 6.3.2.6 Equipo de Refuerzo al Primer Nivel de Atención:**

*Para excluir a través de la modificación contractual, la obligación del contratista de contar con los Médicos Especialistas en Medicina Interna y Ginecología en el Área de Salud de Carpio-León XIII y en el Área de Salud de San Sebastián-Paso Ancho el Médico Especialista en Medicina Interna.*

<b>C-5825 Área de Salud Carpio-León XIII</b>	
<b>Perfil</b>	<b>Cantidad horas semanales</b>
<b>Médico Especialista Medicina Interna</b>	<b>22 horas</b>
<b>Médico Especialista Ginecología</b>	<b>22 horas</b>

<b>C-6312-2010 Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho</b>	
<b>Perfil</b>	<b>Cantidad horas semanales</b>
<b>Médico Especialista Medicina Interna</b>	<b>22 horas</b>

*En el caso de que los impedimentos existentes sean superados por el contratista, la Administración podrá valorar eventualmente efectuar modificación contractual para incorporar a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 las especialidades según se detalló anteriormente.*

**2.3 Punto 6.3.5 Afiliación, validación, facturación de servicios médicos, riesgos excluidos y coberturas especiales, que rige la ejecución contractual para que en adelante se lea de la siguiente forma:**

*“El contratista deberá aplicar los procedimientos de validación y facturación de servicios médicos de conformidad con la normativa vigente y las tarifas oficiales de la Institución.*

*El contratista debe prestar los servicios de salud a los usuarios no asegurados de conformidad al artículo 61 del Reglamento del Seguro de Salud, cuando se demande un servicio de salud invocando alguna de las protecciones con cargo al Estado, el usuario primero deberá hacer la formulación del trámite en las unidades de validación y facturación de servicios médicos en las sedes del área, a excepción de los casos de menores de edad y mujeres en condición de embarazo. Resérvese la CCSS el derecho de evaluar, auditar y fiscalizar en todo momento, el procedimiento ejecutado al efecto.*

**6.3.5.1) Afiliación**

*El contratista deberá realizar el proceso de afiliación al centro de atención, que incluye los trámites de identificación, adscripción, readscripción, estudios de beneficios familiares y de verificación de aseguramiento de las personas que acceden a los servicios de salud. Además extender en tanto institucionalmente se requiera, el carnet de asegurado utilizando el formato y período de vigencia definido por la CCSS, incluidos los carnés de los asegurados y beneficiarios del Seguro por el Estado y aquellas protecciones con cargo al Estado que requiere la emisión del carné, siguiendo las indicaciones en cuanto a vigencia, tipo de beneficio, código de aseguramiento indicado por las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos. Lineamientos para el aseguramiento de migrantes como asegurados voluntarios y trabajadores independientes, conforme la Ley N° 8764, Ley General de Migración y Extranjería brindados a través de la comunicación GF-30936 y el GM 37.662 del 20 de octubre de 2012.*

***6.3.5.1.2) Validación y facturación de servicios médicos a asegurados por cuenta y con cargo al estado, no asegurados con capacidad de pago y patronos y trabajadores independientes morosos.***

*El contratista deberá aplicar los procedimientos emitidos por la Institución para validación y facturación de Servicios Médicos, calificar y tramitar los aseguramientos y protecciones por cuenta del Estado, facturación de servicios médicos a no asegurados con capacidad de pago, no obligados a cotizar a los seguros sociales, facturación de servicios médicos a los patronos y trabajadores independientes morosos.*

*La ejecución de estos procedimientos se hará de conformidad con:*

*El Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado vigente.*

- *Procedimiento y Control para el Cobro de Facturas por Servicios Médicos Unidades de Validación de Derechos para hospitales y clínicas de 1992.*
- *Manual de Procedimientos de las unidades de Afiliación y Validación de Derechos C.C.S.S. vigente.*
- *Si se realizará actualización de la Normativa antes mencionada y ésta representare un costo adicional, el contratista deberá presentar el reclamo ante el administrador del contrato demostrando el desequilibrio financiero correspondiente.*
- *La facturación se hará con base en el Modelo Tarifario Oficial y Costos Mecanizados vigentes de la institución.*
- *Corre por cuenta y responsabilidad del contratista la disposición del recurso humano, espacio físico y equipo para ejecutar estas actividades y funciones del proceso financiero contable de las áreas de salud tipo 1 y 2.*

*En los primeros tres meses de implementación de este proceso, si el contratista acredita y justifica ante el Administrador del Contrato que las cargas de trabajo han aumentado, puede solicitar el incremento de recurso humano destinado a*

*estas labores, trámite que será enviado a la Dirección de Coberturas Especiales para su aval técnico, previo a la suscripción del respectivo addendum.*

*La Dirección de Coberturas Especiales trimestralmente realizará desde el nivel central como parte del control y evaluación del proceso de Validación de Derechos, la verificación en los Módulos de Seguro por el Estado del Sistema EDUS- SIAC y el módulo de facturación a no asegurados con capacidad de pago (Sistema de Registro de facturas por servicios médicos), de los reportes de casos y facturación realizada por el Área de Salud respectiva. Posteriormente, enviará al Administrador del Contrato y a la Dirección del Área de Salud un informe sobre la verificación efectuada al contratista.*

*Asimismo, trimestralmente la Dirección de Cobros, realizará la verificación de lo reportado por el Área de Salud en cuanto a patronos morosos.*

*La oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos del Área de Salud, se encargará del desarrollo de las siguientes acciones:*

- *Establecer la condición de los usuarios que no presenten los documentos que lo acrediten como asegurados o que estén vencidos, mediante la revisión de los sistemas de información correspondientes, con el fin de comprobar los derechos del paciente.*
- *Calificar la condición del usuario que no presenta la categoría de aseguramiento requerido para solicitar servicios de salud, con base en las políticas, la normativa vigente y la entrevista relacionada con la situación económica y social del paciente, a efecto de determinar la capacidad de pago o el tipo de aseguramiento o protección con cargo al Estado que corresponda.*
- *Aplicar las tarifas establecidas para el cobro de los servicios médicos otorgados, de conformidad con los costos definidos institucionalmente, con el propósito de determinar el monto de la deuda y que la CCSS gestione la recuperación de la misma.*
- *Facturar los servicios de salud otorgados a pacientes “no asegurados de pago directo” o “asegurados con patrono moroso”, de acuerdo con la regulación, la normativa establecida, los procedimientos y los cálculos realizados, con el fin de recuperar el valor de la atención médica.*
- *Facturar los servicios de salud prestados a pacientes cubiertos por los seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito, con base en la normativa y los procedimientos vigentes, con la finalidad de recuperar, ante quien corresponda, el costo de la atención.*
- *Registrar las facturas elaboradas por servicios médicos otorgados, de conformidad con las políticas, normativa, los procedimientos establecidos y las herramientas diseñadas institucionalmente, con el fin de realizar el control y que la CCSS le dé seguimiento a los montos a recuperar.*
- *Elaborar las facturas y documentar los cobros, con base en los formularios y procedimientos institucionales establecidos, lo estipulado en las coberturas de seguros internacionales o convenios bilaterales firmados por la institución con*

*organizaciones de seguridad social de otros países, a efecto de que la CCSS realice las gestiones que permitan recuperar los costos de los servicios médicos otorgados a pacientes extranjeros.*

*Descripción del proceso a realizar:*

- 1. El paciente debe presentarse ante la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos, presentar la identificación correspondiente.*
- 2. El funcionario(a) de la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos deberá contar con el expediente clínico o la hoja de puerta de urgencias, para proceder a confeccionar la factura de servicios médicos del o los pacientes no asegurados con capacidad de pago, patrono moroso en el módulo informático correspondiente (SICERE), frente al paciente o sus familiares.*
- 3. Una vez impresa la factura, el paciente debe consignar su firma. El funcionario(a) de la Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos procede al archivo de la factura para su custodia.*
- 4. Durante los primeros 5 días hábiles, posteriores al recibo de la atención médica, el paciente tiene derecho a presentar el descargo correspondiente, ante el Área de Salud donde fue atendido. Una vez transcurrido dicho plazo, el descargo debe presentarlo ante la Sucursal de la CCSS más cercana o en su defecto ante la Dirección de Cobros de Oficinas Centrales de la CCSS, instancia institucional encargada de gestionar el cobro administrativo o judicial a las personas físicas o jurídicas.*
- 5. Todos estos procedimientos deben efectuarse en apego a las normas institucionales, conforme a las competencias conferidas en esta adenda.*
- 6. Coordinar con las unidades correspondientes del Nivel Central y sucursales, la conciliación y descargo de las cuentas contables por facturación de servicios médicos, de acuerdo con las normas y procedimientos institucionales vigentes, con el fin de contar con información confiable y actualizada de las sumas pendientes de cancelación.*
- 7. Calificar la condición socioeconómica del usuario, con base en las políticas, la normativa vigente, la verificación de requisitos y la entrevista al usuario, a efecto de determinar la pertinencia de otorgar en forma provisional un aseguramiento por el Estado.*
- 8. Registrar en las bases de datos institucionales disponibles, el aseguramiento provisional y los beneficios por protección con cargo al Estado, de conformidad con las políticas, la normativa y los procedimientos establecidos, con el fin de contar con información confiable y oportuna que fundamente el cobro al Gobierno.*
- 9. Dicho procedimiento, entrará en vigencia una vez que los sistemas de información correspondientes hayan sido debidamente implantados en el Área de Salud.*
- 10. En relación a los seguros por el estado, todo caso registrado en el sistema, automáticamente pasará a la base de datos que administra el nivel central de la CCSS, desde esa base de datos se generan los cuadros estadísticos correspondientes a cada Unidad Programática que ingresa el dato. El sistema de información también generará reportes a nivel local, con el cual el centro médico tendrá la información en tiempo real.*

11. *Con relación a los sistemas de facturación por servicios médicos en caso de morosidad patronal y no asegurados con capacidad de pago, los mismos funcionan en tiempo real y brindan reportes a nivel local.*
12. *Coordinar con las direcciones Técnicas de las Gerencias Financiera y Médica, los aspectos relacionados con su ámbito de competencia, a partir de los requerimientos de información y de asesoría en la aplicación de la normativa y los procedimientos establecidos, con la finalidad de desarrollar en forma efectiva la gestión.*
13. *Identificar y valorar los riesgos que se pueden presentar en el desarrollo de la gestión, con base en las competencias asignadas y la regulación vigente, con el fin de minimizar las consecuencias negativas en la prestación de los servicios.*
14. *Promover la simplificación y homogenización de los trámites, a partir de los requerimientos de la organización, para facilitar la prestación de los servicios a los usuarios.*
15. *Elaborar planes de contingencia, de acuerdo con la normativa vigente en materia de validación de derechos, a efecto de asegurar la prestación de servicios a los usuarios.*
16. *El Área de Salud deberá monitorear el cumplimiento de los objetivos y las metas planificadas, mediante la revisión y el análisis del desarrollo de la gestión, con el propósito de tomar las acciones requeridas para el cumplimiento efectivo de las responsabilidades asignadas.*
17. *Realizar sesiones para el seguimiento y el control de los trabajos asignados, la divulgación de la información y de la normativa institucional e interna, con base en las políticas establecidas, con la finalidad de retroalimentar el desarrollo de la gestión.*
18. *Suministrar en forma oportuna la información solicitada por las autoridades superiores, a partir de los requerimientos específicos, a efecto de cumplir efectivamente las acciones de fiscalización, seguimiento, control y evaluación de la gestión.*
19. *Administrar el sistema de información interno, con base en los requerimientos de la organización y las políticas establecidas, con el objetivo de atender oportunamente las consultas, retroalimentar el desarrollo de la gestión y facilitar la rendición de cuentas.*
20. *Fomentar un ambiente de trabajo que facilite del desarrollo de la gestión, conforme con la implementación del modelo de cultura organizacional, los mecanismos motivadores y de la normativa interna de trabajo vigente, a efecto de otorgar servicios eficientes, oportunos y con calidad.*
21. *Todos los beneficios otorgados por el contratista en el punto anterior deben ser registrados en el sistema de información institucional conocido como Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), módulo Seguro por el Estado diseñado para tal efecto.*

#### **6.3.5.1.2.3) Riesgos Excluidos**

*El contratista está obligado a dar atención a pacientes que hayan sufrido un siniestro asociado a un riesgo que no es administrado por la CCSS.*

*En materia de riesgos excluidos, el contratista debe adoptar las acciones oportunas que resulten necesarias para garantizar la oportuna y eficiente identificación, desde el punto de vista, técnico, médico y jurídico de las atenciones brindadas a pacientes que hayan sufrido siniestros protegidos por pólizas de riesgos excluidos de las coberturas de los seguros sociales administrados por la Caja.*

*El contratista se compromete a aplicar las disposiciones que emita la Caja al respecto, incluidas circulares, protocolos médicos, así como el uso de las herramientas informáticas que se tengan dispuestas institucionalmente para el registro, facturación y cobro de las atenciones. Quede claro que se hace alusión no sólo a disposiciones asociadas a los procedimientos seguidos por la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos, sino a la totalidad del proceso tendente a la identificación de los casos de riesgos excluidos para su posterior facturación y cobro.*

*Corresponde al contratista gestionar la apertura de las cuentas contables necesarias para el registro de las facturas por atenciones brindadas en casos de riesgos excluidos, así como gestionar lo correspondiente al otorgamiento de claves para el uso de la herramienta institucional para el registro y facturación de dichas atenciones.*

*El contratista debe suministrar la totalidad de la información que se le demande por parte de la Caja y por el mecanismo o medio que se le señale, deberá garantizar la robustez del cobro que habrá de realizarse frente a la aseguradora, el lesionado o el patrono por los casos atendidos, incluyendo la participación de los médicos o jefaturas médicas que identificaron el riesgo, como testigos o peritos expertos en los eventuales procesos judiciales que ser tramiten por parte de la Caja contra la aseguradora, el patrono o el lesionado.*

*Corresponde al contratista remitir el informe al Área Gestión de Riesgos Excluidos, instancia técnica institucional en materia de riesgos excluidos, en el formulario “INFORME BIMENSUAL DE LA GESTIÓN DE RIESGOS EXCLUIDOS”, descrito en el ANEXO 1, archivo en formato Excel, el cual deberá estar firmado digitalmente y haberse llenado conforme lo establece el “INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME BIMENSUAL DE LA GESTIÓN DE RIESGOS EXCLUIDOS (TERCEROS PRESTATARIOS DE SERVICIOS DE SALUD)”, especificado en el ANEXO 2.*

*De encontrarse discrepancias entre lo indicado en el informe del contratista y lo registrado en la herramienta MIFRE, ello será hecho del conocimiento del administrador del contrato para que proceda a instruir las acciones que correspondan. En caso de que indiciariamente se presuma que las inconsistencias obedecen a aspectos asociados al uso de la herramienta MIFRE, el Área Gestión de Riesgos Excluidos hará la recomendación técnica correspondiente al administrador acerca de la forma en que se estima podría corregirse la inconsistencia por parte del contratista”.*

*Para ejecutar las funciones antes descritas sobre validación de derechos, en las Áreas de Salud León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho se propone reforzar cada una de las Áreas de Salud, con el siguiente recurso humano:*



C-5825 Área de Salud Carpio-León XIII	
Perfil	Cantidad
Técnico en Contabilidad 3	1

C-6312-2010 Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho	
Perfil	Cantidad
Técnico en Contabilidad 3	1

#### **2.4 Punto 6.3.6 Sistemas de información, para que en adelante se lea:**

*El contratista debe apegarse a las Disposiciones en Materia de Tecnologías de la Información dispuestas por la Institución, en lo que respecta a Sistemas de Información, Telecomunicaciones, Soporte Técnico, Seguridad Informática, calidad y continuidad de la gestión, condiciones de confidencialidad, protección de datos y derechos, participación del personal Institucional, cumplimiento de condiciones técnicas y las referentes a la implementación de los Sistemas Institucionales en centros de salud administrados por proveedores externos.*

*Con el fin de garantizar y asegurar el éxito de la integración de los establecimientos de salud administrados por el contratista, de manera que éstos puedan utilizar aplicativos CCSS, la viabilidad de poner en marcha las herramientas institucionales en las Áreas de Salud administradas por ASEMECO está condicionada al cumplimiento de las especificaciones de infraestructura tecnológica (de conectividad, seguridad y equipamiento,) que se describen a continuación.*

#### **Conectividad**

*La(s) opción(es) del tipo y capacidad del enlace de comunicación que deberá instalar ASEMECO así como el punto de conexión con la red institucional, según recomendación de la DTIC de la CCSS.*

*Siendo la implementación de las aplicaciones institucionales un proceso incremental, previo a la implantación de cada aplicación, la DTIC en conjunto con la ASEMECO, analizarán las necesidades de crecimiento de ancho de banda del enlace referido anteriormente, para lo cual considerará, entre otros aspectos, la cantidad de sitios, y de estaciones de trabajo.*

*Independientemente del medio utilizado, el enlace deberá estar protegido mediante la implementación de estándares nacionales e internacionales de seguridad, lo cual será confirmado en forma conjunta por personal de la DTIC de la CCSS y ASEMECO.*

*Dado que la solución de conexión planteada sería propiedad del contratista, ASEMECO será el único responsable de garantizar la fiabilidad y la calidad del servicio brindado al cliente en todo el proceso de:*

*Implantación y Operación  
Monitorización y Revisión  
Mantenimiento y Mejoras*

*Asimismo, se recomienda que durante la operación del enlace de comunicación, tanto para la parte activa como para la pasiva, el contratista contemple al menos lo siguiente:*

- *Garantía.*
- *Mantenimiento: preventivo y correctivo.*
- *Atención de averías 100%.*
- *Proveer la interface o el equipo adicional requerido para la instalación, que la CCSS no tenga a disposición.*
- *Desarrollar y presentar a la CCSS los planes de continuidad y contingencia, con el propósito de mantener los servicios disponibles.*
- *Aplicar los cambios sugeridos en materia de comunicaciones y redes según la revolución de las mismas, mediante previa coordinación con el ente rector a nivel CCSS en materia de Tecnologías de Información y Comunicaciones.*

#### ***Seguridad en TI, Aseguramiento de la Calidad y Continuidad de la Gestión.***

*Superado el proceso de conectividad ASEMECO - CCSS, el contratista deberá garantizar las condiciones de seguridad demostrando que tiene al menos implementadas y operando como parte de su Sistema de Gestión de la Seguridad en TI (SGSTI) local, al menos las siguientes soluciones:*

- *Firewall.*
- *Prevención y Protección contra intrusos.*
- *Filtrado de Contenido.*
- *Filtrado de spam.*
- *Antivirus - Antimalware.*

*Lo anterior podrá ser implementado por hardware, software, servicio o una combinación de los anteriores, aportando a la CCSS el esquema e inventario de dicho SGSTI. En el caso del licenciamiento de operación de equipos y cualquier otro que sea requerido para la operativa del SGSTI, debe mantenerse actualizado y en derecho de uso.*

*Cada terminal conectada a la red ASEMECO (estación de trabajo o servidor) deberá cumplir con el estándar Configuración Segura de Equipos (parches al día, recomendaciones de seguridad, contraseñas seguras, entre otros), así como con lo establecido en la normativa interna de la CCSS, en materia de seguridad, según está consignado en las Políticas Institucionales de Seguridad Informática, Normas Institucionales de Seguridad Informática, Guías, Manuales y Procedimientos complementarios, los cuales están sujetos a modificaciones periódicas, mismos que deberán solicitar al Área de Seguridad y Calidad Informática, manteniendo la autoría de la documentación que sea aportada por la CCSS.*

*La CCSS tendrá potestad de realizar monitoreos (locales o remotos) y/o análisis de seguridad que le permitan validar el cumplimiento de lo normado en materia de seguridad. Así mismo aplicar las restricciones necesarias que garanticen el aseguramiento de la red institucional. En caso que se identifiquen vulnerabilidades o riesgos de seguridad, la DTIC emitirá un reporte al administrador del contrato, a quien le corresponde gestionar ante el contratista la aplicación de las acciones remediales y su notificación.*

*El contratista deberá notificar a la DTIC en caso que tenga algún riesgo/incidente de seguridad materializado, a efectos de tomar las medidas preventivas y se establezca el protocolo de comunicación y cooperación idónea para la pronta atención y estabilización del componente.*

*El contratista debe notificar las ventanas de mantenimiento de su SGSTI a la DTIC para considerar cualquier impacto en la operación de los servicios.*

*La creación de usuarios para operación de los sistemas estará delimitada a cada aplicación, por su parte la creación de usuarios en el Directorio Activo es responsabilidad del CGI Gerencial / de Dirección Regional o el Hospital que corresponda según el modelo de organización de cada gerencia.*

*En el tema de confidencialidad y seguridad de la información, el contratista debe acatar lo establecido por la Junta Directiva en oficio 30829 del 14 de setiembre 2005, con lo cual el contratista se compromete a acatar las disposiciones que les son inherentes, a saber:*

*“En virtud de lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 25 de la Sesión Nº 7918, celebrada el 16 de diciembre del año 2004, la o las empresas que resulten adjudicadas, que entregaran o desarrollaran productos que tengan que ver con Tecnologías de Información y Comunicación, se debe comprometer a mantener la mayor reserva, discreción y secreto, respecto a todos los datos, diagramas, documentación, procesos y esquemas de cualquier índole (independiente del medio o formato por el que le hayan sido facilitadas) respecto de los cuales tuviere conocimientos o información en virtud de los servicios que les suministre a la Caja o bien a sus alianzas estratégicas.*

*El oferente debe asegurarse que su personal cumpla con esta normativa, dado que será la responsable del uso de dicha información, tanto por parte de su personal como del uso o divulgación que le den terceras personas sin el consentimiento previo por parte de la Caja. Queda prohibido a la oferente y consecuentemente a su personal, revelar a cualquier tercero sin el previo aviso y expreso consentimiento de la Caja, cualquier dato o información al que se haya tenido acceso con ocasión de la presente contratación o por el desempeño de su personal en las labores contratadas, o bien utilizar la información para cualquier otro fin que no sea el estipulado en el contrato, todo lo anterior bajo pena de tener por incumplido el contrato sin responsabilidad alguna por parte de la Caja, pudiendo está ante un eventual incumplimiento reclamar los daños y perjuicios que el incumplimiento pudiere irrogarle, ya sea en sede administrativa o en sede judicial*

*Cualquier producto que se genere durante el período de la contratación será propiedad de la Caja, por lo que los oferentes no pueden disponer de estos para cualquier otro fin, sin previa*

*autorización de la Caja. La violación de tal prohibición tendrá las mismas consecuencias previstas en el párrafo anterior.*

*La presente cláusula tendrá validez hasta cinco (5) años después de finalizado o entregado el producto o programa objeto de la contratación”.*

*El contratista debe acatar de forma obligatoria lo establecido en la Ley de Protección de las Personas frente al tratamiento de sus datos personales, Ley de Información no divulgada, sus reglamentos y las disposiciones que sean establecidas por la Agencia de Protección de Datos de los Habitantes (Prodhab), aplicando lo dispuesto en el capítulo V sobre Procedimientos ante cualquier situación de incumplimiento. En el mismo sentido, deberá acatar lo dispuesto por el Reglamento de Expediente de Salud vigente, en lo que no se le oponga así como el Acuerdo de uso para la puesta en marcha del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) que al efecto se suscriba. Todo lo anterior sin perjuicio de las condiciones jurídicas que su inobservancia justifique.*

*El contratista debe desarrollar los planes de continuidad y contingencia con el propósito de mantener los servicios disponibles, para tales efectos debe utilizar la metodología institucional, la cual debe ser solicitada al Área de Seguridad y Calidad Informática de la DTIC. El contratista deberá elaborar los planes con una vigencia anual, los cuales deben ser revisados y ajustados cada seis meses, o bien, en caso que cambie la plataforma tecnológica o la normativa Institucional.*

*La Subárea de Continuidad de la Gestión, es el ente rector en la CCSS en el tema de continuidad y contingencia, por tanto el contratista debe remitir los planes a esta instancia a efectos de revisión, acatando las recomendaciones que se efectúen sobre los mismos. Dichos planes serán solicitados por la CCSS cada seis meses según la calendarización que será suministrada por el Administrador del Contrato.*

### ***Equipamiento***

*Es responsabilidad de ASEMECO aprovisionar y mantener los equipos que se requieran con sistema operativo licenciado y vigente, con los parches al día, así como contar con software antimalware, siendo el mínimo permitido el uso de software antivirus y anti-spyware.*

*La CCSS definirá los sistemas de información (aplicaciones) que podrán ser utilizadas por ASEMECO y su puesta en marcha responderá a un plan de implantación para cada una de ellas, en el cual se identificarán los responsables, actores y plazos, considerando al menos las siguientes actividades:*

- Aseguramiento de las condiciones de conectividad local.*
- Aseguramiento de las condiciones de equipamiento.*
- Inducción y capacitación del personal usuario del sistema.*
- Puesta en marcha del sistema.*
- Monitoreo y seguimiento del uso del sistema*
- Informe final de implantación*

*La CCSS establecerá los requerimientos para el funcionamiento de cada una de las aplicaciones. En caso de ser necesario, el contratista realizará los ajustes en la plataforma local para cumplir con los requerimientos demandados y lograr la implantación de las mismas.*

*Será responsabilidad exclusiva de la CCSS el mantenimiento evolutivo, correctivo, preventivo y perfectivo de las aplicaciones institucionales. La gestión de requerimientos se realizará en apego a lo establecido en la normativa de la DTIC y cualquier necesidad requerida desde los sitios atendidos por el contratista podrá ser canalizada y gestionada por medio de la unidad Administradora del Contrato, para su traslado al respectivo comité de usuarios de la aplicación. En cada caso el contacto será definido como parte del proceso de implantación de cada uno de los aplicativos.*

*ASEMECO deberá reportar las incidencias mediante el mecanismo establecido por la CCSS. El procedimiento específico que regirá este tema será proporcionado por la CCSS previo a la implantación de cada una de las aplicaciones.*

*En caso de que una incidencia en cualquiera de los aplicativos CCSS afecte el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas para el contratista, únicamente cuando la incidencia esté formalmente documentada como responsabilidad de la CCSS, no procederá el cobro de multas o penalizaciones vigentes en el contrato. La documentación formal estará vinculada con el cumplimiento del procedimiento antes citado para el reporte de incidencias. Se excluye, por lo tanto, de esta consideración las incidencias que sean producto de situaciones y gestión a nivel local (plataforma, equipamiento, soporte).*

*ASEMECO debe apearse a lo establecido en la normativa Institucional de la CCSS en materia de seguridad de acceso a las aplicaciones y el otorgamiento de cuentas de usuarios serán gestionadas conforme lo estipulen las respectivas instancias competentes, para cada una de las aplicaciones en la CCSS, lo cual será comunicado en el proceso de puesta en marcha de cada una de las aplicaciones.*

*Al margen de las mejoras que en términos de información de la gestión se generen producto de la implantación de alguna(s) aplicación(es) propiedad de la CCSS, así como de las facilidades de acceso a la información que la unidad Administradora del Contrato pueda obtener directamente de las bases de datos institucionales, solo mediante acuerdo formal con la unidad Administradora del Contrato, podrán cambiar los procedimientos vigentes, que por condición contractual, demandan al contratista la entrega física de información.*

#### ***Participación del personal de la CCSS:***

*Durante la vigencia del contrato, el personal de la CCSS, sea personal técnico informático, usuario, administrativo o cualquier otro puesto en la organización está completamente autorizado a participar en los procesos de inducción para apoyar la implantación y operativa, atender incidencias o coordinar acciones para el uso exitoso de los sistemas institucionales en cualquiera de los establecimientos de salud que son administrados por ASEMECO.*

#### **2.5 Punto cartelario 6.3.7 Suministros, para que en adelante se lea:**

***De los insumos implementos y medicamentos almacenables:***

***Responsabilidades sobre la disposición, almacenamiento y distribución de los insumos, implementos y medicamentos propiedad de la C.C.S.S., y suministrados por esta última a las Áreas de Salud León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho.***

*La Gerencia de Logística proveerá los insumos, implementos y medicamentos almacenables de primer nivel de atención propiedad de la C.C.S.S., que permitan atender la demanda de servicios generada en las Áreas de Salud León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho, mismas que realizarán la disposición, almacenamiento y distribución de los insumos, implementos y medicamentos suministrados por la C.C.S.S.*

*Adicionalmente, proveerá los medicamentos almacenables prescritos a las personas que así lo ameriten, provenientes del segundo o tercer nivel de atención, para que los mismos sean despachados por las Áreas de Salud antes mencionadas.*

*De esta forma, se garantiza el despacho oportuno del tratamiento prescrito en un nivel de mayor complejidad a las personas usuarias de los servicios, de forma que se satisfaga la demanda de tales tratamientos en consonancia con el cumplimiento de los lineamientos técnicos definidos institucionalmente para su despacho. El tipo y cantidad de medicamentos a proveer, será definido por la Coordinación Nacional de Farmacia de la C.C.S.S.*

***Para cumplir con lo anterior:***

- *El contratista se compromete a programar, planificar y solicitar los insumos y suministros siguiendo la normativa ante la Sub área de Programación de la C.C.S.S., los insumos, implementos y medicamentos categoría Almacenable (aquellos que se compran en el nivel central de la CCSS y están disponibles en el ALDI) de manera que cada producto responda a las necesidades reales de las Áreas de Salud León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho, ajustándose a los criterios legales, técnicos, farmacéuticos, médicos y presupuestarios de la C.C.S.S. y cumpliendo los estándares institucionales de calidad, oportunidad y racionalidad para asegurar la continuidad del servicio a las personas usuarias.*
- *El listado de los insumos, implementos y medicamentos categoría Almacenable, así como el listado los productos Z autorizados a ASEMECO, estarán visibles en los anexos elaborados para este fin, que estarán en concordancia con las directrices de la C.C.S.S., mismos que pueden variar en el transcurso del tiempo, los cuales formarán parte de la agenda a suscribir entre las partes.*
- *El contratista se compromete conforme la oferta técnica adjudicada a mantener la infraestructura necesaria en las Áreas de Salud León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho, acorde al nivel del inventario de cada área de salud; debe garantizar las sanas prácticas para la administración y custodia de inventarios, sistemas de rotación, apilamiento, cantidad, entre otras e infraestructura que asegure el resguardo de los bienes institucionales tales como iluminación, pisos, seguridad de acceso restringido, anaqueles, rotulación, condiciones eléctricas, entre otras.*

- *Asimismo, el personal encargado de las bodegas, debe cumplir con la normativa y sistemas de información institucionales para la gestión de dotación e inventarios (SIGES, SIFA, SICS).*
- *Queda totalmente prohibido al Contratista destinar los materiales, suministros y medicamentos a fines distintos a la prestación de servicios de salud contratados, en caso de incumplirse con esta última condición, la C.C.S.S. tomará las medidas sancionatorias administrativas, penales y pecuniarias correspondientes.*
- *El Contratista debe de cumplir con el “Instructivo que regula los faltantes y sobrantes de activos y suministros en la C.C.S.S.”, (<http://intranet/Organizacion/GF/Financiero/activossuministros/SitePages/Bienvenidos.aspx>) en relación con el deber de justificar las diferencias de inventario (faltantes y sobrantes) en los plazos señalados por el Área de Contabilidad y Control de Activos y Suministros y que ante la presencia injustificada de faltantes y/o la no presentación de la justificación por parte del contratista, la C.C.S.S. iniciará la investigación correspondiente, para determinar las acciones a seguir.*
- *Para la atención de situaciones extraordinarias que afecte a la población asignada, en que la Caja le solicite al contratista su participación, el contratista debe cumplir con la normativa institucional.*
- *El Área de Almacenamiento y Distribución mantendrá registros separados de los medicamentos e insumos entregados al contratista diferenciando entre ellos los despachados para la provisión ordinaria de los servicios de salud y los despachados para la atención de situaciones extraordinarias en las que la CCSS le solicite participar.*
- *De requerirse la C.C.S.S. autorizará la compra de medicamentos e insumos necesarios a través del centro de salud de referencia institucional (segundo nivel de atención) al que se encuentran adscritas las Áreas León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho.*

## **2.6 Punto 6.3.8) Potestades de la Caja Costarricense de Seguro Social**

- ***Administración del Contrato***  
*La Administración del contrato estará a cargo de la **Dirección de Regional de Servicios de Salud Central Norte** en el caso del contrato C-5825-2009 (Área de Salud Carpio-León XIII) y de la **Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur** para el Contrato C-6312-2010 (Área de Salud San Sebastián Paso-Ancho), instancia ante la cual el contratista deberá presentar los productos, informes y demás obligaciones contractuales, incluyendo las acciones de coordinación administrativa y técnica que se requieren, así como la atención de conflictos de intereses entre las partes.*

## **3. Variación Económica del Contrato N° C-5825-2009 y del Contrato C-6312-2010 de Servicios de Atención Integral en Salud de las Áreas de Salud León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho**

- *De acuerdo a lo expuesto por las Licdas. Azyhadee Picado Vidaurre y Adriana Gutiérrez Medina; Jefe y Analista, respectivamente, del Área de Contabilidad de Costos en su oficio ACC-1505-2016; una vez analizada la propuesta de modificación económica revisada por ASEMECO y la evaluación técnica realizada por la Dirección de Red de Servicios de Salud, el proveedor solicita que se mantenga la utilidad nominal actual, sin embargo el*

*Área de Contabilidad de Costos, indica que no puede apartarse de la legalidad relacionada con las modificaciones unilaterales de contratos que regula el artículo No. 200 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, el cual indica que las variaciones deben ser proporcionales a las condiciones establecidas en el contrato original, por lo que no es posible modificar el porcentaje de utilidad sobre el valor del contrato.*

- *Mediante el oficio del Área de Contabilidad de Costos, No. ACC-1685-2016, de fecha 02 de diciembre del 2016, suscrito por la Licda. Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe y Licda. Adriana Gutiérrez Medina, Analista, el monto mensual total a pagar por los servicios incluye la disminución en Mano de Obra de los salarios y cargas sociales de los médicos especialistas detallados en este informe, así como los demás conceptos de la estructura porcentual asociados a estos montos; la disminución de Materiales y Suministros propiedad de la C.C.S.S. que les serán entregados en custodia al contratista; el incremento en Mano de Obra por el personal que se está adicionando para reforzar el Área de Validación de Derechos; así como, la depreciación de los servidores y licencias para la incorporación de SIFA en las Áreas de Salud, según la recomendación técnica de la Coordinación Nacional de Farmacia y la adición antes señalada, en Gastos Indirectos y la respectiva proporción de utilidad, quedando según se detalla en los siguiente cuadros:*

**Cuadro N° 2**  
**Detalle de la distribución del monto mensual considerando los cambios solicitados para el Contrato N° C-6312-2010, Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho**  
**Servicios de atención integral en salud de primer nivel de atención reforzado**  
**Licitación Pública N° 2008LN-000013-1142**

Detalle	Estructura porcentual recomendada	Monto de la adenda del Contrato recomendado en oficio ACC-1505-2016	Nueva distribución porcentual	Monto de la adenda del Contrato
Mano de Obra	63,22%	¢ 86.725.854,24	63,17%	¢ 86.725.854,24
Materiales y Suministros	10,13%	13.898.509,84	10,12%	13.898.509,84
Gastos Indirectos	17,75%	24.351.439,76	17,81%	24.452.309,71
Alquiler Inmuebles	5,05%	6.932.290,77	5,05%	6.932.290,77
Utilidad	3,85%	5.281.811,38	3,85%	5.285.850,37
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>¢ 137.189.905,98</b>	<b>100,00%</b>	<b>¢ 137.294.814,92</b>

*“Al comparar este nuevo monto de la adenda propuesta por la Administración para el Contrato N° C-6312-2010 (¢137.294.814,92) con el valor vigente del Contrato (¢185.170.911,71, de acuerdo con la última revisión de precios comunicada mediante oficio ACC-0914-2016/SACCH-073-2016), se obtiene que la variación total entre las disminuciones y aumentos considerados, es de ¢47.876.096,82 mensuales equivalente al **-25,86%**, lo cual se ubica dentro del rango porcentual de variación permitido por el artículo N° 200 del RLCA.”*



**Cuadro N° 3**  
**Detalle de la distribución del monto mensual considerando los cambios solicitados para el Contrato N° C-5825-2009, Area de Salud La Carpio-León XIII**  
**Servicios de atención integral en salud de primer nivel de atención reforzado**  
**Licitación Pública N° 2008LN-000013-1142**

Detalle	Estructura porcentual recomendada	Monto de la adenda del Contrato recomendada en oficio ACC-1505-2016	Nueva distribución porcentual	Monto de la adenda del Contrato
Mano de Obra	62,75%	¢ 99.243.804,18	62,71%	¢ 99.243.804,18
Materiales y Suministros	10,50%	16.606.407,82	10,49%	16.606.407,82
Gastos Indirectos	18,31%	28.956.680,33	18,36%	29.057.550,28
Alquiler Inmuebles	4,59%	7.263.188,56	4,59%	7.263.188,56
Utilidad	3,85%	6.089.129,60	3,85%	6.093.168,60
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>¢ 158.159.210,50</b>	<b>100,00%</b>	<b>¢ 158.264.119,44</b>

*“Para establecer la variación total del Contrato N° C-5825-2009 se compara este nuevo monto de la adenda propuesta por la Administración (¢158.264.119,44) con el valor vigente del Contrato (¢201.946.446,69, de acuerdo con la última revisión de precios comunicada mediante oficio ACC- 0832-2016/SACCH-058-2016), se obtiene que la variación total entre las disminuciones y aumentos considerados, es de ¢43.682.327,25 mensuales que representan un **-21,63%**, lo cual se ubica dentro del rango porcentual de variación permitido por el artículo N° 200 del RLCA.”*

### **RECOMENDACIÓN**

*La Dirección de Red de Servicios de Salud recomienda a la Gerencia Médica avalar la presente propuesta de modificación contractual a los Contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 con ASEMECO de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142”*

### **CONCLUSION**

La Gerencia Médica y la Dirección Red de Servicios de Salud tomando en consideración lo anteriormente señalado y teniendo que la Caja tiene una necesidad de velar por la satisfacción del fin público, por lo que le corresponde, según la competencia que le ha sido asignada a nivel constitucional, específicamente en el artículo 73 de la Carta Magna, garantizar el derecho a la salud y la vida que se desprende el numeral 21 de la Constitución, siendo estos, bienes jurídicos supremos que merecen especial la protección en un plano real y palpable en la vida diaria de los habitantes. Así como también según lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley Constitutiva de la Caja, respecto de la competencia institucional en materia de servicios asistenciales en salud.

Aunado a lo anterior, se evidencia una necesidad de garantizar la continuidad de los servicios de salud, para la satisfacción del interés público, por tal razón considera este despacho que dicha situación se enmarca dentro del fin último del Derecho Administrativo que es el interés público, por lo que de acuerdo a la competencia delegada constitucionalmente, corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, el gobierno y la administración de los seguros sociales,

dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido: “(...), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”<sup>1</sup>.

El Modelo de distribución de competencias en materia de contratación administrativa de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su artículo 4 dispone:

***“De las facultades para dictar otros actos administrativos dentro del procedimiento de contratación y ejecución contractual. (...) Las modificaciones amparados en los artículos 12 de la Ley de Contratación Administrativa y 200 de su Reglamento serán resueltas únicamente por el órgano que adjudicó el procedimiento”.***

Por ello, se considera procedente la propuesta aquí presentada de modificación contractual a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 con ASEMECO, de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142

## **RECOMENDACIÓN**

La Gerencia Médica y la Dirección de Red de Servicios de Salud una vez presentada la propuesta de modificación contractual a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 con ASEMECO, de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142, recomienda a la Junta Directiva:

1. Aprobar la modificación contractual a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 con ASEMECO, de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142”,

la Junta Directiva, una vez conocida la propuesta de modificación contractual a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 con ASEMECO (Asociación de Servicios Médicos Costarricense), de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142, al amparo de lo establecido en el artículo 4 del *Modelo de distribución de competencias en materia de contratación administrativa de la Caja Costarricense de Seguro Social* y tomando en consideración la recomendación de la Gerencia Médica y de la Dirección de Red de Servicios de Salud mediante el referido oficio número GM-SJD-23261-2016 –unánimemente- **ACUERDA:**

- 1) De conformidad con lo establecido en el artículo 12 de la *Ley de Contratación Administrativa* y artículo 200 de su Reglamento, aprobar la modificación contractual a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 con ASEMECO, de la Licitación Pública 2008LN-000013-1142, según los términos del detalle contenido en el mencionado oficio número GM-SJD-23261-2016, que ha quedado transcrito en párrafos precedentes (apartado 2 y siguientes).

---

<sup>1</sup> Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 10361 del 24 de julio de 2007. En igual sentido ver resoluciones No. 11172-2007, 11575-2007, 11906-2007, 3125-2008, 5402-2008, 9744-2008.

- 2) Dar por atendido por instruido mediante el artículo 9° de la sesión N° 8840.
- 3) Autorizar a la administración para que realice la implementación de las enmiendas propuestas de modificación contractual, en un plazo de 2 (dos) meses contados a partir del 02 de enero del año 2017.
- 4) Designar como Administrador del contrato C-5825-2009 (Área de Salud Carpio-León XIII) a la Dirección de Regional de Servicios de Salud Central Norte y del Contrato C-6312-2010 (Área de Salud San Sebastián Paso-Ancho) a la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur. Lo anterior, trasladando a esas direcciones el total de los recursos humanos de fiscalización de servicios de salud contratos con terceros de la Dirección de Red de Servicios de Salud, según lo establezca la Gerencia Médica.

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

Las doctoras Climent Martín, Mora Morales, y la licenciada Darcia Carranza se retiran del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 17°**

**Se toma nota** de que el oficio N° GM-SJD-23466-2016, del 19 de diciembre del año 2016, que suscribe la señora Gerente Médico y contiene el informe resultados del estudio sobre la situación de la adolescencia en educación secundaria de Costa Rica (se atiende lo solicitado por el Director Barrantes Muñoz), se distribuye para estudio y conocimiento en la sesión del 12 de enero próximo.

El Director Fallas Camacho se disculpa y se retira del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 18°**

Se tiene a la vista la consulta en cuanto al *Expediente N° 19.309, Proyecto de Ley “REFORMA INTEGRAL A LA LEY REGULATORIA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, LEY N° 8239 DE 19 DE ABRIL DE 2002”*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota N° PE-64459-2016, fechada 15 de diciembre en curso, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 14 de noviembre del presente año, N° DH-128-2016, que firma la licenciada Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio número GM-SJD-23680-2016, del 19 de diciembre del año 2016, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de este modo:

*“La Gerencia Médica ha recibido solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante, a fin de contar con criterios técnicos respectivos según el*

*protocolo institucional, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles, a fin de atender la consulta de forma integral”*,

y la Junta Directiva, por lo expuesto y acogida la recomendación de la Gerencia Médica –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la consultante una prórroga 15 (quince) días hábiles más para dar respuesta.

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

La doctora Villalta Bonilla y la licenciada Coto Jiménez se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón; la ingeniera Leylin Méndez Esquivel, Jefe del Área de Evaluación y Control Presupuestario; las licenciadas Karen Nájera Rodríguez, Jefe de la Subárea de Formulación y Modificaciones Presupuestarias de la Dirección de Presupuesto, Solange Wilshyre González y la ingeniera Vianella Jiménez Jiménez, funcionarias de la Dirección de Administración y Gestión de Personal y la licenciada Maritza Fernández Cambronero, Asesora de la Gerencia Médica.

#### **ARTICULO 19º**

Se tiene a la vista el oficio número GF-67200, del 20 de diciembre del año 2016, que firma el Gerente Financiero y contiene la propuesta para aprobar la modificación presupuestaria número 06-2016 del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

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

1)



GF-67200  
Diciembre 2016

2)

Fundamento Técnico y Legal de las Variaciones Presupuestarias



Normas Técnicas sobre Presupuesto Público de la Contraloría General de la República N-1-2012-DC-DFOE (apartado 4.3.3 al 4.3.13)

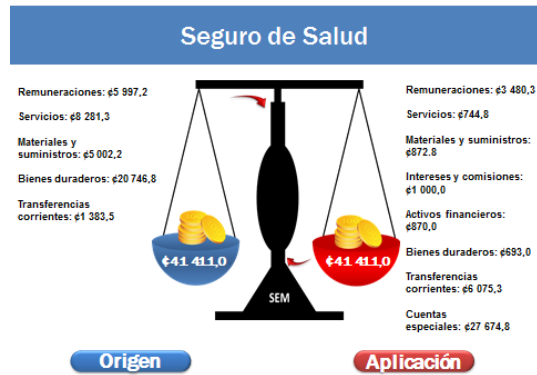
Normativa y lineamientos internos de la CCSS:  
 - Normas Técnicas del Plan-Presupuesto.  
 - Política Presupuestaria vigente.  
 - Instructivo de variaciones presupuestarias.  
 - Lineamientos sobre el uso de los recursos aprobados por la Junta Directiva.



3)

Modificación Seguro de Salud

4)



5)

1. Remuneraciones

₡3 480,3

1.1 Partidas fijas y cargas sociales

₡2 718,5

Redistribución de remanentes para financiar necesidades de unidades ejecutoras.

a) Estudios individuales de puestos



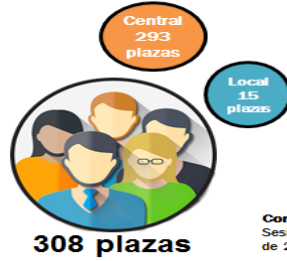
- Financiamiento IV tracto de Implementación del Estudio Individual de Puestos «Modelo funcional y organizacional del Área Financiero-contable en los Establecimientos de Salud»
- Aprobado por Junta Directiva: Artículo 19°, sesión 8754, del 04 de diciembre de 2014.
- Número de casos 65
- Costo total ₡24,0 millones.

6)

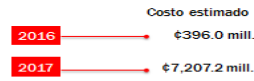
1. Remuneraciones

¢3 480,3

b) Creación de plazas (III tracto 2016):



- Grupos ocupacionales:**
- 60 personal de enfermería
  - 20 médicos generales
  - 125 personal apoyo médico
  - 103 personal administrativo



Consejo Financiero y Control Presupuestario:  
Sesión 244 artículo 1.1 del 20 de diciembre de 2016.

7)

1. Remuneraciones

¢3 480,3

Detalle Institucional de Plazas

Sueldos por cargos Fijos	45 931
<b>Modificación Presupuestaria 06-2016</b>	
<b>Plazas Nuevas</b>	
Financiamiento Central	293
Financiamiento Local	15
<b>Total Plazas Nuevas</b>	<b>308</b>
Total a Cargos Fijos	46 239
Total Servicios Especiales	75
<b>Total General de Plazas</b>	<b>46 314</b>

Fuente: Dirección de Presupuesto

8)



9)

Propuesta Creación de plazas  
III Tracto 2016



10)



11)



12)



13)



14)

## Creación de plazas Puesta en Marcha



15)

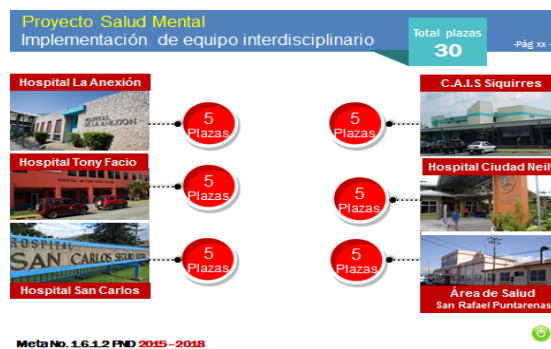


16)

## Creación de plazas Cumplimiento de disposiciones Institucionales



17)



18)

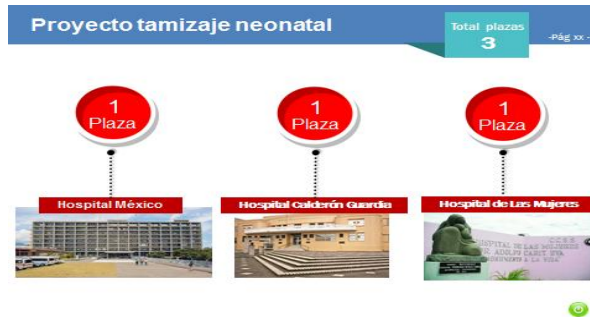




19)



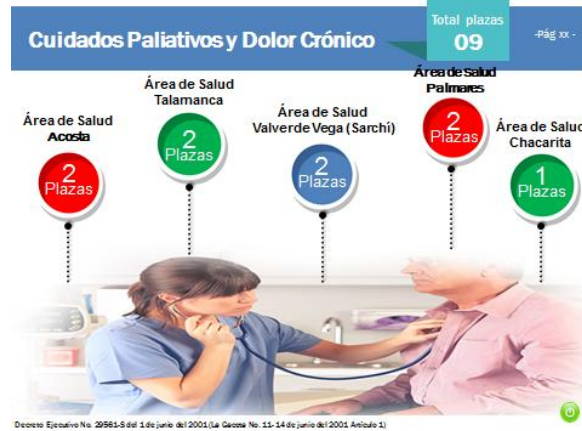
20)



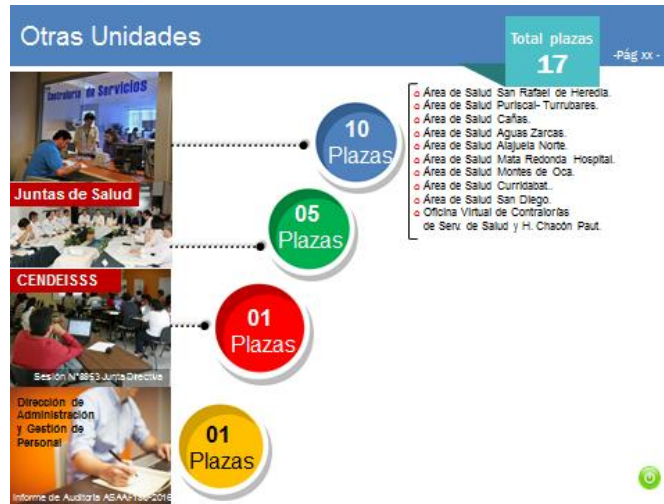
21)



22)



23)



24)



25)



26)



27)



28)



29)



30)



31)



32)

**1. Remuneraciones** **¢3 480,3**

1.2 Subpartidas variables: Refuerzo con recursos propios

<p>Remuneraciones Eventuales <b>¢761,8</b></p>	<p><b>Tiempo extraordinario ¢238,0:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Hospital San Vicente de Paúl ¢80,0</li> <li>&gt; Hospital Nacional de Niños ¢35,0</li> <li>&gt; Hospital Dr. Max Peralta Jiménez ¢45,0</li> <li>&gt; Hospital de San Carlos ¢30,0</li> <li>&gt; Hospital Monseñor Sanabria ¢15,5</li> <li>&gt; Otras unidades ¢32,5</li> </ul>
	<p><b>Disponibilidad Laboral ¢523,8:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Hospital R.A. Calderón Guardia ¢500,0</li> <li>&gt; Hospital San Francisco de Asís ¢6,5</li> <li>&gt; Hospital de Ciudad Neily ¢35,0</li> </ul>

33)



34)



35)



36)

**4. Intereses y Comisiones** **¢1 000,0**

**4.1 Intereses sobre títulos valores**



**Dirección Financiero Contable**

Por la adquisición de títulos valores en el mercado secundario se requiere cancelar los intereses generados a la fecha de compra.

37)

**5. Activos financieros** **¢870,0**

**5.1 Adquisición de valores del Gobierno Central**



**Dirección Financiero Contable**

Compra de títulos valores a largo plazo, autorizadas por el Comité de Inversiones, durante el último trimestre del periodo.

38)

**6. Bienes duraderos** **¢693,0**

<b>Equipo y programas de cómputo</b>		<b>¢169,8</b>
Hospital Mévico (Recursos FFI)		¢124,4
Dirección Regional Servicios de Salud Pacífico Central (EDUS)		¢45,4
<b>Equipo sanitario de laboratorio e investigación</b>		<b>¢498,7</b>
Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla (Fondo de Inversiones)		¢600,0
Equipamiento del Servicio de Urgencias		¢392,0
Unidades que rebajan:		¢727,9
CENARE		¢392,0
Hospital Mévico:		¢727,9
<b>Otras subpartidas de bienes duraderos</b> ¢24,4		
Equipo y mobiliario de oficina		¢19,3
Equipo de Transporte		¢5,1

39)

**7. Transferencias corrientes** **¢6 075,3**

<b>7.1 Prestaciones legales</b>	<b>¢2 000,0</b>
Pago a los funcionarios que adquieren derecho.	
<b>7.2 Otras prestaciones a terceras personas</b>	<b>¢4 072,4</b>
Pago de subsidios a asegurados(as).	
<b>7.3 Indemnizaciones</b>	<b>¢385,9</b>
Según resoluciones judiciales:	
Gerencia Financiera	¢2,4
Gerencia de Logística	¢5,0
Gerencia Médica	¢378,5
<b>7.4 Otras subpartidas de transferencias corrientes</b>	<b>¢2,9</b>
Transferencias corrientes a gobiernos locales: Devolución de intereses Municipalidad de San Carlos	

40)

**8. Cuentas especiales**

**¢27 674,8**

**8.1 Sumas sin asignación presupuestaria**

Incremento por devolución de remanentes, sobresalen:

Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, Ley 8718: **¢439,0**

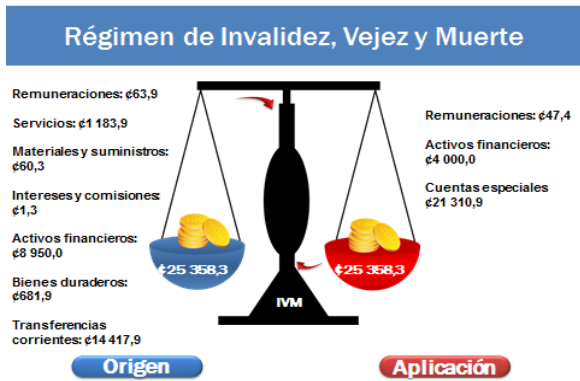
Ley 9028, del Control del Tabaco: **¢11 124,8**



41)

**Movimientos presupuestarios  
Régimen de I.V.M.**

42)



43)



44)

### Propuesta Acuerdo Junta Directiva

Con base en las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en el oficio GF-67200 del 20 de diciembre de 2016, suscrito por la Gerencia Financiera y DP-2149-2016 emitido por la Dirección de Presupuesto con fecha 20 de diciembre de 2016, se acuerda:

**ACUERDO PRIMERO:** Aprobar la Modificación Presupuestaria 06-2016 del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, por los montos indicados en el siguiente cuadro y considerando los movimientos presupuestarios de rebajos y aumentos de egresos, incluidos en el documento de justificaciones que queda constando en forma anexa y teniendo presente el oficio DP-2149-2016 de la Dirección de Presupuesto, mediante el cual se emite el dictamen técnico.

El monto total de la modificación es el siguiente:

#### Modificación Presupuestaria 06-2016 (Monto en millones de colones)

Seguro de Salud	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte	Total CCSS
€41.411	€25.358,3	€66.769,3

El Gerente Financiero se refiere a la modificación presupuestaria 06-2016, la cual contiene como componente principal una propuesta, para crear plazas en un tercer tracto para el año 2016. Hace hincapié en que el trabajo de fondo, lo preparó la Dirección de Administración y Gestión de Personal. El documento que se entregó hace un resumen de los criterios utilizados, en cada una de las 308 plazas que están incluidas en la propuesta y en la modificación presupuestaria, se les asignará el contenido presupuestario, porque son plazas nuevas que no lo tienen. Lo anterior son una serie de normas que se tienen que cumplir, desde el punto de vista del trámite presupuestario y en la modificación del Seguro de Salud se plantea ese balance. Hay un origen de recursos financieros por un monto de cuarenta y mil millones cuatrocientos once mil colones y la aplicación es por un monto similar. Recuerda que es un manejo entre el presupuesto, por lo que no se aumenta sino que se equilibra. Enfatiza en que además de las plazas que se van a proponer, hay un componente que es importante, porque es la parte de bienes duraderos, la cual en su origen porque son recursos que al final del año, no se han ejecutado y se están trasladando para cuentas especiales, las cuales financiarán las partidas que no tienen asignación presupuestaria, por lo que los remanentes o los recursos no aplicados se trasladan a cuentas especiales. Dentro de la cuenta de remuneraciones, se está reforzando la partida presupuestaria en un monto de alrededor de tres mil cuatrocientos ochenta millones de colones. También hay un componente pequeño, el cual se destinará para financiar estudios individuales de puestos, el cual fue aprobado por Junta Directiva en el mes de diciembre del año 2014, por un monto de veinticuatro millones de colones, forman parte del estudio del modelo funcional y organizacional de las áreas financiero – contable de los establecimientos de salud. Para el año 2016 se plantea la creación en un tercer tracto de 293 plazas, las cuales se financian con recursos centrales y 15 plazas se financian con recursos locales, es decir, las mismas áreas de trabajo han destinado los recursos presupuestarios que tienen para financiarlas. En esos términos, lo que se hace es reconvertir el tiempo extraordinario, para convertirlo en plazas y ese es un mecanismo que ahorra recursos a la Institución. En términos generales, esas plazas son 60 de personal de Enfermería, 20 Médicos Generales, 125 de personal de apoyo directo a la parte de prestación de servicios de salud y 103 de personal administrativo, el cual también es para fortalecer la prestación de los servicios de salud, significa que no es personal administrativo de Oficinas Centrales, sino que apoya los hospitales y otros. El costo estimado para el año son trescientos noventa y seis millones de colones, por el plazo que queda del año 2016, para el año 2017 tendrá un costo de alrededor de siete mil doscientos siete millones de colones, monto que incluye los 12 meses más las cargas sociales. La creación de las plazas fue analizada en el Consejo Financiero y Control Presupuestario el cual no aprueba, sino que avala, técnicamente, para que se presente el tema a consideración de la Junta Directiva, porque es la que tiene la competencia exclusiva de aprobar plazas. Entre el primero, segundo y tercer tracto se sumaría alrededor de 621 plazas en total,



aprobadas para el año 2016. El año pasado se habían creado 596, por lo que se mantiene en el margen que se ha estado planteado. Un dato histórico es que entre los años 2001 y 2005, se crearon alrededor de 350 plazas por año. El promedio de los últimos 5 años es de alrededor de 510 plazas. En resumen hay 6 plazas que son para el Proyecto de Puesta en marcha, hay 9 plazas asignadas a cuidados paliativos de unidades locales, no para el centro de San José, sino distribuidas en diferentes áreas. También hay 30 plazas que son del Proyecto Salud Mental, el cual es un proyecto que está contenido en las metas del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y la conformación de equipos, para atender patologías de esa naturaleza. Para el Programa de Tamizaje Auditivo se están creando tres plazas porque, además, se tiene un acuerdo de Junta Directiva sobre ese Programa. En cuanto al tema de la Promoción de la Salud, se están creando 13 plazas, las cuales responden también a un acuerdo de Junta Directiva. En relación con los Quirófanos del Hospital Max Peralta, son 22 plazas de un acuerdo del Órgano Colegiado, dado que en algún momento se pidió se definieran estrategias para reducir las listas de espera y él estaba presente, en el momento en que del Hospital Max Peralta se planteó la apertura de un quirófano adicional y se le aprobó, mediante un acuerdo de la Junta Directiva y se le están conformando las plazas, tal y como se solicitó. Además, se están creando 144 plazas para las Áreas de Salud en las diferentes zonas del país. Hace hincapié en que hay una distribución de plazas que producirá impacto significativo, en el Primer Nivel de Atención y hay necesidades de diferente tipo que, básicamente, lo que se hacen es cerrar brechas en los diferentes centros de salud. La modificación contiene perfiles de distinta naturaleza y están distribuidas de esta forma: 144 plazas directamente para el Primer Nivel de Atención, para hospitales nacionales 49 plazas, para hospitales especializados 15 plazas y 10 plazas para la Contraloría de Servicios de Salud, para apegarse a la Ley, la cual obliga a la Institución a tener un Contralor de Servicios en los diferentes establecimientos. También, cinco plazas para fortalecer el tema de la coordinación nacional de las Juntas de Salud y dos plazas adicionales. En relación con el estudio técnico que se realiza para la creación de las plazas y por qué se determinan las 308 plazas, así como otro perfil y su ubicación, se basa en que las unidades del Área de los Servicios Médicos, hace una priorización interna y definen una cantidad de plazas que las determinan como prioritarias. Los análisis se le trasladan a la Gerencia Médica, la cual hace una segunda priorización y, después, se le traslada a la instancia técnica, la cual es el Área de Planificación de Recursos, para que inicien el estudio técnico. El cual se realiza por medio de una serie de instrumentos y técnicas, las cuales le permiten establecer la pertinencia y necesidad de la plaza. Hay solicitudes de plazas que fueron rechazadas porque no cumplían con los criterios, en algunos casos se coordina con las instancias de coordinación nacional en las diferentes disciplinas. Por ejemplo, cuando se presenta un caso para la creación de una plaza para farmacéutico, primero se ha coordinado con el Dr. Esteban Vega, dado que es el Encargado de la Coordinación Nacional de Farmacias, en todos los demás casos, como Nutrición, Enfermería lo que se hace es conjuntar criterios de la parte de recursos humanos, con criterios de las instancias rectoras en esa materia. En algunas oportunidades surgen las preguntas de cómo es que se realiza el estudio, hay visitas de campo, se realizan entrevistas, se analizan cargas de trabajo, se hacen revisiones de condiciones de trabajo, inventario actual del recurso humano, análisis del pago de tiempo extra. Por otra parte, cuando se cuenta con el criterio para las 308 plazas, se conoce en el Consejo Financiero y Control Presupuestario, para que indique el impacto que se va a producir desde el punto de vista financiero y cuando se cuenta con la recomendación, se presenta el tema ante el cuerpo colegiado y ese es el momento. Enfatiza en que se ha realizado un gran trabajo técnico, en el cual se invierte una gran cantidad de esfuerzo para justificar y el documento lo que contiene, es la justificación de cada una de esas plazas que se están proponiendo. En cuanto a la creación de

621 plazas durante el año 2016, el primer tracto fueron 218 plazas, el segundo tracto 95 plazas y el tercero que se propone son 308 plazas. El primer tracto fue básicamente para los médicos especialistas, recuerda que es el proceso que normalmente se hace en los meses de febrero y marzo de cada año. Los aspectos más relevantes para la dotación de plazas, se relacionan para completar equipos de EBAIS, por ejemplo, se tienen los equipos pero les falta un Técnico, un Asistente Técnico de Atención Integral (ATAP) o una resectorización. La apertura o ampliación de servicios, cuando se abre una infraestructura nueva, como las diferentes áreas de salud, entonces, se necesita personal adicional al que se tenía. En este caso es muy importante cerrar brechas de servicios de apoyo, como Laboratorio Clínico, Farmacia, Odontología, Radiología y Nutrición. También completar modelos organizacionales vigentes, por ejemplo, en el tema de financiero contable, porque se requiere asignar personas en el Área de Validación de Derechos, para que cuando las personas llegan a un centro para que se les brinde servicios, se necesitan que se le facturen los servicios, entonces, se les facture correctamente. Además, se está fortaleciendo los servicios hospitalarios y el fortalecimiento o apertura de salas de operaciones para cirugía. Enfatiza en que el estudio técnico que se entregó, consta de alrededor de 150 páginas y contiene la justificación técnica de las plazas. A modo de ejemplo, para el Programa Puesta en Marcha, hay en total 6 plazas las cuales están desglosadas en el documento, pero cinco plazas son para la recepción definitiva de la Torre de Emergencias, que se está construyendo en el Hospital Escalante Pradilla, porque son plazas que se requieren antes de que empiece a funcionar el edificio y una plaza también, para el proyecto que se está desarrollando en Cuidados Paliativos de la Clínica del Control y del Dolor. En cuanto a la creación de plazas para cumplir disposiciones institucionales, se tiene el Programa de Salud Mental, en términos de que es la implementación de equipos interdisciplinarios, son equipos compuesto por cinco profesionales y técnicos que acompañan, en diferentes lugares y esta vez se están creando equipos para los Hospitales La Anexión, Tony Facio, San Carlos, así como el Área de Salud de San Rafael Puntarenas, Ciudad Neily y el C.A.I.S de Siquirres, porque son centros que tienen una priorización, por el peso de la naturaleza de patologías que atienden. Son 30 plazas que, además, responden al Plan Nacional de Desarrollo de los años 2015 – 2018, porque es el compromiso institucional ya planteado. Con respecto del Plan Institucional de Promoción de la Salud, las plazas se asignarán para las áreas de salud de: Alfaro Ruiz, Heredia Cubujuquí, Atenas, Tibás-Uruca, Santo Domingo, Palmares y Santa Bárbara. Son siete plazas de promoción de la salud para la Región Central Norte. Además, un total de seis plazas para nutricionistas, para las Áreas de Salud de Alfaro Ruiz, Heredia Cubujuquí, Atenas, Tibás-Uruca, Santo Domingo de Heredia y Palmares. En el Programa Tamizaje Neonatal son un total de tres plazas: una para el Hospital México, una para el Hospital Calderón Guardia y una para el Hospital de las Mujeres. En cumplimiento a un acuerdo de Junta Directiva, porque le aprobó la apertura de un quirófano adicional al Hospital Max Peralta, en la sesión N° 8446 y hoy se cumple con el compromiso de crear las plazas, en aquel momento se plantearon así y en total son 22 plazas: cuatro en la Sala de Operaciones, dos en la Sala de recuperación, doce en Sala Hospitalización, una en Radiología, dos en Apoyo Técnico, y una en el Centro de Equipo. Para Cuidados Paliativos y Dolor Crónico, son plazas que van a nivel local para fortalecer las Áreas de Salud de Acosta, Talamanca, Valverde Vega, Palmares y Chacarita, son en total nueve plazas para esos fines. Para otras unidades se plantean: 10 plazas para la Contraloría de Servicios, las cuales fortalecerán las Áreas de Salud de San Rafael de Heredia, Puriscal-Turrubares, Cañas, Aguas Zarcas, Alajuela Norte, Mata Redonda Hospital, Montes de Oca, Curridabat, San Diego, Oficina Virtual de Contralorías de Servicio de Salud y el Hospital Chacón Paut. Además, cinco plazas que van a apoyar el tema de las Juntas de Salud, hay una plaza del Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación, Salud

y Seguridad Social (CENDEISS), porque también es un acuerdo de la Junta Directiva, dado que se solicitó un abogado para apoyar las diferentes actividades del CENDEISS en la sesión N° 8853. También se está creando una plaza para la Dirección de Administración y Gestión de Personal, la cual responde a un Informe de la Auditoría y apoyará al personal que hace los trabajos técnicos, para definir las necesidades y dotación de plazas. En cuanto a la creación de plazas para las áreas de salud y los hospitales regionales y periféricos, se ha hecho el resumen de las 144 plazas, las cuales producirán un enorme impacto en el Primer Nivel de Atención, porque en términos de distribución de esas plazas, es importante que esos centros vayan a tener una plaza: 18 plazas van para la Región Pacífico Central, cuatro plazas para la Región Pacífico Central, para el Hospital Max Terán y Monseñor Sanabria, nueve plazas para la Región Chorotega, cuatro plazas para el Hospital de Upala, una plaza para el Hospital La Anexión, 21 plazas para la Región Central Norte, 15 plazas para el Hospital San Vicente de Paul y San Rafael de Alajuela, 25 plazas para Región Central Sur, cinco plazas para el Hospital William Allen, 16 plazas para la Región Huetar Atlántica, tres plazas para el Hospital de Guápiles y Tony Facio, ocho plazas para el Área de Salud de Buenos Aires, cinco plazas para la Región Huetar Norte, siete plazas para el Hospital de San Carlos y Hospital de Los Chiles. En cuanto a la creación de plazas para hospitales nacionales, para el Hospital México hay un total de 15 plazas: cuatro para Terapia Física, tres para Ropería, tres para Radiología, una para Recursos Humanos, una para la Dirección Administrativa, cuatro para Terapia Respiratoria y una para Cardiología, son plazas que responden a diferentes programas y cerrar brechas de los servicios que las unidades están prestando. Para el Hospital Calderón Guardia 18 plazas: cinco plazas para la Unidad Coronaria, correspondientes para las enfermeras y cuatro Asistentes de Redes para apoyar los servicios de esa unidad y nueve plazas para el tercer turno de Resonancia Magnética, porque se ha venido trabajando en dos turnos y se habilitó para un tercer turno, mediante la modalidad de pago por tiempo extraordinario, pero se ha considerado más pertinente tener plazas que pagar por tiempo extraordinario. El Hospital San Juan de Dios con 16 plazas: cuatro plazas de Radioterapia, tres de Neonatología, dos de Medicina Hemodinamia, dos de Cirugía Maxilofacial y Dolor Orofacial, una para Medicina Nuclear, dos para Trabajo Social, una para cirugía y una para Medicina Hematología Trasplante Médula Ósea. Para hospitales especializados, en este caso, para el Hospital Nacional de Niños, hay una plaza para administrar los activos de apoyo administrativo, tres plazas para Trabajo Social y tres para Terapia Respiratoria. Para el Hospital de la Mujer: dos plazas de Anatomía Patológica. Para el Hospital Psiquiátrico tres plazas para Secretaria de Piso y dos plazas de Trabajo social para el Centro de Atención a Personas con Enfermedades Mentales en Conflicto con la Ley (CAPEMCO). Para el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), una plaza para Farmacia. Por otra parte, en la modificación presupuestaria completa, se incluyen también partidas para reforzar el pago por tiempo extraordinario, pero con recursos propios, al final del año, las unidades trasladan recursos para reforzar partidas presupuestarias, no significa que se les están asignando más recursos financieros desde el presupuesto central, sino que están autofinanciando las partidas presupuestarias. Hay algunos montos para pagar diferentes servicios, por setecientos cuarenta y cuatro millones de colones, incluyendo, viáticos, mantenimiento de edificios, entre otros. En materiales y suministros se está reforzando la partida presupuestaria por ochocientos setenta y dos millones de colones, más intereses y comisiones por alrededor de mil millones de colones. Hace énfasis en que en este momento, se están comprando títulos valores a más de un año, entonces, en la transacción que se realiza a nivel de mercado, en algunas oportunidades se le tiene que pagar al dueño del título, los intereses que él ya tenía devengados por un cierto período y los recursos están asignados, en una partida para pagar intereses generados por títulos que se compran. La adquisición de valores es por un monto de

ochocientos setenta millones de colones, en bienes duraderos por un monto de seiscientos noventa y tres millones de colones, para financiar las facturas de algunos proyectos y compras de equipo. En relación con las transferencias corrientes por un monto de seis mil setenta y cinco millones de colones, en prestaciones legales se incluye un monto de dos mil millones de colones, para pagar el derecho a la cesantía de los trabajadores. En subsidios el monto es por cuatro mil setenta y dos millones de colones, en indemnizaciones el monto es por trescientos ochenta y cinco millones de colones, en otras partidas por un monto de dos mil novecientos millones de colones. En cuentas especiales se pasa de un monto de siete mil millones de colones a veintisiete mil seiscientos setenta y cuatro millones de colones, que proviene no solamente del presupuesto ordinario de la Caja, sino también de recursos específicos de las Leyes del Tabaco y del Proyecto del Cáncer. En cuanto al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), se están planteando movimientos presupuestarios por un total de veinticinco mil trescientos cincuenta y ocho millones de colones, para financiar remuneraciones por un monto de cuarenta y siete millones de colones. También, un monto de cuatro mil millones de colones, para el financiamiento de activos financieros, dado que la Dirección de Inversiones está aumentando su partida de adquisición, para comprar títulos valores y hay un aumento de veintiún mil trescientos diez millones de colones, los recursos se colocan en cuentas especiales.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y solicita que quede constando en actas su posición, en términos de que las plazas deben de tener un estudio de productividad y desempeño. Le pregunta al Lic. Picado cuándo se le va a poner atención a dicha solicitud, le parece una falta de respeto, continuar presentando la creación de plazas como si no tuviera él voto en el asunto. Advierte que si la creación de plazas se continúa presentando de esa manera, va a bloquear la aprobación de las plazas y va a utilizar todos los recursos a su alcance para hacerlo, porque le solicitaría al sector que lo haga de igual manera, hasta que se ponga atención a su solicitud. Por lo pronto aplica el artículo 10° del Reglamento de la Junta Directiva, para que el tema se presente de nuevo la próxima semana, de modo que el asunto no se vote en carácter de protesta.

Comenta el Gerente Financiero que el documento entregado resume los criterios técnicos. Es muy difícil presentar a la Junta Directiva, la creación de 308 plazas con cada uno de los estudios, porque la información es muy voluminosa.

Insiste el licenciado Gutiérrez Jiménez que no se ha presentado a la Junta Directiva, ni un solo estudio, cuando se han presentado las reactivaciones de plazas. Comenta que tiene 10 años de estar indicando lo mismo y le parece que por cortesía, se realice evidente ese respeto a un Director.

Señala don Gustavo Picado que cuando se realiza la presentación de la creación de las plazas, se señalan diferentes motivos por los cuales se crean. Por ejemplo, cuando se indica que se está cumpliendo con un acuerdo de Junta Directiva, es un tema serio.

Sobre el particular, manifiesta don Adolfo Gutiérrez que en términos generales, le parece que es paupérrima la justificación que está brindando el Lic. Picado, porque él conoce que no existen los estudios de productividad. Estima que el tema de fondo y no, necesariamente, son para todas y cada una de esas plazas, pero el asunto no ha sido atendido, ni considerado, ni justificado. Sugiere que por moción de orden, se traslade el tema para la próxima sesión de la Junta

Directiva, porque va a aplicar el artículo 10° que mencionó, salvo que se le de algún tipo de justificación que le permita modificar su opinión.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y le solicita a los expositores, presenten y compartan algunos estudios, en términos de cuáles son los criterios y los documentos que justifican la creación de plazas. Aclara que cuando se aplica el artículo 10° del Reglamento de la Junta Directiva, es para votación y no para conocimiento.

Al respecto, señala el Director Gutiérrez Jiménez que el artículo 10° de citado Reglamento, es para votar y si no se pudiera aplicar, buscaría otros mecanismos para que no se vote el tema.

Señala la Dra. Sáenz Madrigal que como Presidenta Ejecutiva, le corresponde indicar qué es lo que plantea el artículo 10° del citado Reglamento, porque es para votación y no para conocimiento. El asunto es que si hay un aspecto de lo que el Lic. Gutiérrez solicita que sí sea contemplado, con todo respeto cree que se debería conocer. A continuación se presentará la justificación de la creación de algunas plazas, por lo que se determinaría, si lo que don Adolfo Gutiérrez solicita está contemplado o no en el estudio.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, porque las plazas tienen un efecto multiplicador en contra de la sostenibilidad financiera de la Caja, por los pluses salariales, anualidades, cesantía y otros incentivos que se les aplica a los puestos. Solicita que cuando se vayan a crear plazas, se tenga la consciencia de que son estrictamente necesarias y para tenerla, se tienen que haber realizado los estudios. Le parece que muchas de las plazas que se crean, no tienen esos estudios.

La Ing. Vianella Jiménez señala que en el caso de los estudios técnicos de necesidades de recursos humanos, no se permitió continuar con el proceso de creación de una sola plaza, sin que mediara la justificación y los aspectos inherentes a su creación, porque es su obligación como funcionaria de la Caja Costarricense de Seguro Social, es la responsabilidad que le dieron. Repite, no puede dejar que se continúa con el proceso de creación una plaza, sin un estudio técnico. Hace énfasis en que el estudio técnico está compuesto por tres fases, las cuales están contempladas en el Manual de procedimientos para la elaboración de los estudios técnicos, el cual fue presentado a consideración de la Junta Directiva para su evaluación. En su momento, cuando el Manual se presentó, se hizo por medio de un Manual de procedimientos, en el cual se establece cómo se debe elaborar ese estudio técnico que, finalmente, debe ser validado por la Dirección de Administración y Gestión de Personal. Ese estudio técnico se compone de varias fases, por saber: la primera fase es una justificación detallada de por qué se necesita la plaza. Una segunda fase en la cual los funcionarios tienen que indicar, específicamente, y bien cuál es la cantidad de personas que se tienen. La Dirección de Gestión y Administración de Personal, corroboró en sitio que, realmente, el personal que se está indicando que se tiene y las actividades que tiene asignadas, realmente las estén desempeñando y el trabajador esté ubicado en la Unidad. Se analizaron los datos estadísticos de la Unidad, también las condiciones de trabajo en donde se va a ubicar la nueva plaza, porque también puede ser que haya mucha necesidad, pero el crear una plaza también implica toda una serie de condiciones. Por otro lado, se analizó el tema de la situación actual, en términos de cómo está conformado el servicio, si realmente la plaza que se está solicitando, se amerita para el tipo de establecimiento que se tiene. En la tercera fase, primeramente, se mide las cargas de trabajo, si lo que están solicitando

es saldar una brecha de recurso o se está aplicando la normativa, ya sea nacional o internacional, para poder determinar que realmente la plaza se necesita, denomínese para un servicio hospitalario, para un área de salud o para un área administrativa, entre otros aspectos.

Pregunta el licenciado Gutiérrez Jiménez si dentro de esas tres fases, se mide cuál es la productividad de cada una de esas personas vs. horas hombre y vs. producción, porque él nunca ha recibido un estudio en el que no solo se midan esos aspectos, sino los recursos con que cuenta la Unidad.

Responde la Ing. Jiménez Jiménez que sí y que de hecho, le hubiera satisfecho presentar uno a uno los estudios que se realizan, porque se han escuchado muchos comentarios, en lo que se indica que la Dirección de Gestión y Administración de Personal, tarda mucho tiempo realizando la evaluación de las plazas, pero es un trabajo que para la Dirección representa la inversión de mucho tiempo. Los funcionarios de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, se trasladan sitio por sitio, se hacen las giras de trabajo, se mide la productividad de los funcionarios, interactúan con los funcionarios, se conoce bien el proceso, si se tienen que hacer mejoras en la distribución de las funciones, se ha o se le realizan cambios a la estructura, por ejemplo, en algunas oportunidades hasta por la atención de una ventanilla se solicita personal. Como ilustración, en esta creación de plazas, se hizo el estudio de 12 solicitudes, las cuales se denegaron por muchas razones, por ejemplo, no se prestaba para el servicio, porque lo que estaban solicitando no era acorde al servicio o porque la producción que estaban indicando no era la correcta, dado que los funcionarios de la Dirección van al sitio y hacen las indagaciones, prácticamente, se tiene un trabajo como el de la Auditoría, se visitan los sitios y se levanta la información. A modo de ilustración, si en la Unidad se indica que realizan cierta cantidad de trabajo, la Dirección de Gestión y Administración de Personal, debe verificar que realmente se esté produciendo esa cantidad de trabajo. Si se indica que esa actividad se repite seis veces en el día, se corrobora y se levanta la evidencia, en términos de que realmente se repite la actividad seis veces en el día, porque están preparados para hacerlo y lograr identificar realmente una carga de trabajo, cómo se mide, cómo se hace y el resultado del empleo de ese tiempo, logre dar una optimización de personal.

Consulta el licenciado Gutiérrez Jiménez si se mide la capacidad instalada, las horas hombre, las cargas de trabajo y la productividad de cada una de esas cargas de trabajo, para conocer realmente si la Unidad está funcionando.

Responde la Ing. Jiménez Jiménez que así es.

Pregunta don Adolfo Gutiérrez que, entonces, por qué esa información nunca se ha presentado.

Responde la Dra. Sáenz Madrigal que ante esta Junta Directiva, se presentó el Manual de procedimientos para la elaboración de los estudios técnicos, el cual conduce a la creación de cada una de las plazas, porque su función es verificar que por cada plaza que se presenta para aprobación, se cumpla con todos los requisitos, de lo contrario no se presenta para su aprobación ante la Junta Directiva.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez si existe un documento en el que se emite un criterio de satisfacción. Le parece que debería ser uno de los aportes que den los expositores a la presentación, de tal modo que garantice que ese proceso se cumplió.

Indica la Dra. Rocío Sáenz que esa información que se buscará, pero que tiene seguridad de que el documento existe y se distribuyó, para cada uno de los Miembros de esta Junta Directiva.

Respecto de una consulta del Director Gutiérrez Jiménez, lee la Dra. Sáenz Madrigal el artículo 10° del Reglamento de la Junta Directiva: “Los Miembros de la Junta Directiva votarán afirmativa o negativamente, sin que les sea permitido abstenerse de emitir su voto, salvo que se encuentren dentro de alguna de las causales contempladas, en el artículo 230° de la Ley General de Administración Pública, concurren ellos algunos motivos de impedimento o excusa de los contemplados en los artículos 199° y siguientes de la Ley Orgánica del Poder Judicial y el 107° de la Ley de Administración Financiera de la República, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley General de Administración Pública. Cuando un Director requiera estudiar más un asunto, petición o proposición sometida a conocimiento de la Junta Directiva, se postergará la votación automáticamente y al menos hasta la sesión siguiente”. Le consulta al licenciado Gutiérrez si a pesar de la explicación que han dado los expositores, él no está satisfecho y quiere aplicar el artículo 10° citado.

Responde el Director Gutiérrez Jiménez que aplicará el artículo 10° del Reglamento de la Junta Directiva, pero sí quiere que quede claro que le parece que en todos los casos, la información de los expositores debe estar de soporte y visible; además, que quede como procedimiento, la certificación de que lo han hecho y sea expreso. En ese sentido, que muestren ese documento como cualquier otro, porque le da mayor sustento a la propuesta de la creación de las plazas, porque es en protección de todos.

Continúa el Lic. Picado Chacón y lee la propuesta de acuerdo, en términos de que en base con las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en el oficio N° GF-67200 del 20 de diciembre de 2016, suscrito por la Gerencia Financiera y N° DP-2149-2016 emitido por la Dirección de Presupuesto, con fecha 20 de diciembre de 2016, se acuerda: Acuerdo primero: Aprobar la Modificación Presupuestaria 06-2016 del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, por los montos indicados en el cuadro contenido en el documento y considerando los movimientos presupuestarios de rebajos y aumentos de egresos, incluidos en el documento de justificaciones que queda constando en forma anexa al acta y teniendo presente el oficio N° DP-2149-2016 de la Dirección de Presupuesto, mediante el cual se emite el dictamen técnico de la modificación. Los montos son: para el Seguro de Salud cuarenta y un mil cuatrocientos once millones de colones y para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte son veinticinco mil trescientos cincuenta y ocho millones de colones y la modificación no altera el presupuesto institucional.

Agradece la Directora Soto Hernández el profesionalismo de los expositores de la Dirección de Gestión y Administración de Personal, así como la bondad de don Adolfo de rescatar el artículo 10° del Reglamento de la Junta Directiva. Porque lo que interesa es que la Institución avance. Ha sido una lección aprendida.

La Directora Alfaro Murillo le pregunta a la Ing. Jiménez Jiménez, desde cuándo se realizan esas revisiones con ese nivel de detalle.

Responde la Ing. Jiménez que desde el año 2014.

Solicita la Ing. Alfaro Murillo que conste en actas que no entiende, por qué si desde el año 2014 se hace una revisión de esa naturaleza, cada vez que don Adolfo ha preguntado sobre el asunto, no le han dado esa explicación. Comparte la tesis del licenciado Gutiérrez Jiménez, en cuanto a la necesidad de esos estudios y cada vez que ha externado el discurso sobre la necesidad de que se realice un estudio de esa naturaleza, lo ha apoyado y, en este momento, resulta que se realiza desde el año 2014 y no se había indicado. En esos términos que quede constando en actas que la próxima vez informe del asunto.

Por su parte, el Director Alvarado Rivera celebra que esos estudios se realicen desde el año 2014, lo cual significa que las palabras del licenciado Gutiérrez Jiménez no han sido en “vano”. Le parece que esa labor es muy difícil por el volumen de plazas y comparte lo externado por el licenciado Gutiérrez Jiménez. Es importante tener el asunto siempre justificado de manera correcta, porque debe haber claridad en los temas. A pesar de todos los aspectos negativos que se indican de la Institución, así como las dificultades que se tienen y con todas las deficiencias que existen, esta Junta Directiva ha gestionado temas muy importantes, novedosos y de cambio. Agradece a los expositores presentes de Dirección de Gestión y Administración de Personal, por el esfuerzo que se ha estado haciendo desde el año 2014 y muchos otros esfuerzos que se están realizando en la Institución. Agradece a la señora Presidenta Ejecutiva porque le ha dado seguimiento a una serie de temas, a los que no se les había querido dar. Valora el esfuerzo que se ha hecho y se siente cómodo y quisiera cambiar otras situaciones, pero todavía quedan pendientes dos años de gestión para poder ver concluidos muchos proyectos. Cree importante que los Gerentes siempre lleven a las sesiones de la Junta Directiva, el personal que realiza los detalles de los asuntos. Es sumamente importante conocer cómo lo hacen, por qué y cuál es ese esfuerzo.

Ingresa al salón de sesiones el Director Barrantes Muñoz.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que no se ha hecho una presentación de plazas en la Junta Directiva, sin que esté presente el personal de apoyo, porque hay preguntas y detalles que no se conocen. La lección de hoy es que aunque se había mencionado, no se había presentado el detalle de la explicación, en relación con el proceso porque se partía de que la Junta Directiva, había aprobado todos los procesos del estudio, por lo que al haberlo aprobado era de conocimiento del Órgano Colegiado.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y señala que le produce satisfacción, cuando se entrega un documento de esta naturaleza, al momento en que hay que resolver, porque no hay el tiempo de analizarlo. Le parece que si es un tema tan importante, debería ser distribuido con suficiente antelación. Esa situación es bastante frecuente y desea dejarlo así manifiesto y que conste en actas. No le gusta tener que estar votando temas de enorme envergadura, en los cuales quizás no se hace justicia del trabajo que ha hecho la parte técnica, pero lo que él tiene en la mano es el documento y solo para ojearlo. Conoce que se está frente a un asunto que también por los plazos, se tiene que resolver, no obstante, no es el momento en que se siente presionado para aprobar el tema y esa no es una manera responsable de resolver. Interpreta que se dieron



explicaciones que no sabe si satisfacen a don Adolfo, con quien comparte sus inquietudes y las ha reiterado repetidamente. Pregunta si la cantidad de plazas están previstas en el Plan Anual Operativo de la Institución.

Responde el Gerente Financiero que lo que se ha venido, es analizando con un criterio de un rango que oscila entre 450 y 600 plazas por años y este año sumarían 621 plazas. En algún momento, se tenía una política integral de recurso humano, en el que se definió un porcentaje o una cantidad de plazas, pero después se tomó la decisión de que el número de plazas quedara más abierto y se indicó que se priorizaban las plazas de médicos especialistas, el Programa de Puesta en Marcha, entre otros; pero no hay un número específico. Lo que se ha buscado es que haya un rango que no supere las 450 y 600 plazas y para este año serían 621 plazas las que se están creando. En ese sentido, hay criterios técnicos y financieros que sustentan el tema, los cuales señalan que esas plazas son necesarias y, después, financiables de acuerdo con el crecimiento de los ingresos, porque no hay que olvidar que los ingresos también se elevan, como las necesidades y se debe ir buscando un sano equilibrio. La mejor política sería cero plazas, pero hay que ir creciendo de acuerdo con las necesidades y al desarrollo de la población. No hay un número específico, lo que se ha manejado es ese rango de 450 y 600 plazas.

Añade la Dra. Sáenz Madrigal que el número de plazas está respondiendo al Plan Nacional de Desarrollo, al Plan Estratégico Institucional y al Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención para la disminución de brechas, a la parte cardiovascular, al tema de salud mental, entre otros. Realmente, está respondiendo al Plan Estratégico Institucional, aunque no se definió un número exacto de plazas.

Manifiesta el licenciado Barrantes Muñoz que lo deseable sería que esta Junta Directiva, en el Plan Anual Operativo, estime una proyección de plazas que serían las que se van a crear.

Sobre el particular, indica la señora Presidenta Ejecutiva que ese tema, está incluido en la Política de Recursos Humanos que se presentará en el primer trimestre del próximo año.

Insiste el Director Barrantes Muñoz que sería complicado, el no contar con suficientes remanentes utilizables, porque si no, sugiere que habría que estar haciendo esta propuesta hoy.

Al licenciado Gutiérrez Jiménez le parece que existe una política de creación de plazas máximas anuales.

Sobre el particular, indica la Dra. Sáenz Madrigal que hay una política de Recursos Humanos e, inclusive, se presentará en el próximo trimestre.

Repite don Rolando Barrantes que lo deseable es contar con una proyección de necesidades anuales que tenga la previsión, no es automáticamente una aprobación de plazas, sino que esté sujeta a la justificación oportuna de las necesidades, pero sí tiene la previsión del recurso. También un dato interesante es la partida, para que se disponga de recursos financieros. Por otra parte, estima que es deseable que se aclare de qué partida se está haciendo referencia. En el ánimo de no obstaculizar y si es consciente del tema de fortalecer áreas de servicios, preferiría después de todo lo indicado, votar con una condición suspensiva, en el sentido de que se pueda aprobar la creación de esas plazas, pero que la ejecución quede condicionada a que el tema

satisfaga las necesidades de información en detalle, por ejemplo, de lo que solicita el Director Gutiérrez Jiménez.

Recalca la señora Presidenta Ejecutiva que hace un momento, la Ing. Jiménez Jiménez expuso el tema relacionado con los procesos que se realizan en el estudio, para la creación de las plazas y don Adolfo se dio por enterado.

Aclara el licenciado Barrantes Muñoz que cuando habla de al menos que se les dé tiempo de examinar a fondo qué se espera de la creación de las plazas, además de qué impacto va a tener, así como la productividad esperada, todos esos aspectos se presenten antes de que se ejecute el acuerdo.

Sobre el particular, señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que lástima que no estuvo presente en la primera parte de la presentación, porque están hablando del mismo tema. Este es un asunto significativo porque es la creación de una gran cantidad de plazas, no es solo de esas plazas sino, conceptualmente, porque lleva muchísima riqueza en la discusión del tema, dado que el asunto se refiere a producción, sostenibilidad financiera, con visión a futuro, con dar los recursos priorizados como corresponde y, principalmente, proyectar y programar esos recursos. Siempre se ha cuestionado que si se está proyectando tan bien los recursos, por ejemplo, cada vez que hay una huelga, se otorgan plazas, en lugar de indicar que no hay plazas. Particularmente, él no votará positivo la creación de la propuesta de acuerdo, para la creación de las plazas, pero por otras razones. Sería muy importante, incluso, para que quede constando que desde el año 2014, se están haciendo los estudios para fundamentar la creación de las plazas, pero no se conocían los estudios.

Manifiesta el licenciado Alvarado Rivera que se ha llegado a un punto, en el que se necesita es la información. El licenciado Barrantes Muñoz está preocupado por conocer de dónde provienen los recursos y qué se quedó sin ejecutar. Plantea que se podría tomar el acuerdo hoy, es decir, votar el tema y si tienen a bien que en la próxima sesión, se presenten esas situaciones, pero que el acuerdo quede en firme. Lo anterior, por cuanto no hizo una revisión a fondo de las plazas, pero si determinó que hay muchas plazas para el servicio del paciente y cree que ese aspecto es fundamental, porque se ha venido haciendo referencia del asunto. No desea observar gran cantidad de plazas administrativas y algunas que le parecen significativas, por ejemplo, los ATAPs, las cuales están incluidas en la creación de esas plazas y es al tema que se ha estado apuntando, porque se asignarán para la prevención, es decir, ir a buscar el paciente, darle atención primaria o atención en el hogar y someterlo a control antes de que se enferme. Repite, sugiere que el acuerdo se vote con firmeza y en la próxima sesión, con esos dos temas se aclare de dónde provienen los recursos para el financiamiento de esas plazas.

Añade el licenciado Barrantes Muñoz que lo deseable es que se tenga una previsión más clara de una estimación de necesidades, porque ese aspecto marca una ruta más previsible de lo que va a enfrentar la Institución.

Comenta el Lic. Picado que las necesidades son mucho mayores que las presentadas. Por lo que se hace un ejercicio de priorizar, seleccionar y determinar hasta dónde se pueden financiar las plazas, porque si se hace un recuento de necesidades, no se estaría haciendo referencia de 308 plazas, sino de una cantidad superior. El otro aspecto es que la Institución, como cualquier

organización tiene capacidad y necesidad de ir creciendo en términos no solo de infraestructura, equipo y medicamentos, sino también de personal que al final es la razón de ser. Cuando se diseña el presupuesto siempre queda una partida de cuentas especiales, o partidas sin asignación que son los recursos que se dejan para financiar los gastos a principios de año, para financiar lo que va apareciendo. Las plazas no se pueden financiar con el presupuesto del año anterior, por ejemplo, la Contraloría General de la República, no le permite a la Institución, incluir dentro del presupuesto del año 2017, una cantidad de 600 plazas porque no existen. En ese sentido, se le tiene que ir dándole contenido presupuestario, conforme se van creando y por ese aspecto, se plantea una modificación presupuestaria. En esos términos, se tiene una discusión de creación de plazas, pero se hace a través de una modificación presupuestaria, porque hay que darle el contenido. Los recursos están previstos en esas cuentas especiales, para financiar una creación de plazas de esta naturaleza. La Institución ha venido creciendo en materia de ingresos, por diferentes fuentes: por ejemplo, contribuciones, transferencias, pagos del Instituto Nacional de Seguros (INS), entonces, dan la posibilidad y la viabilidad de crear plazas. Recuerda que al inicio de la presentación, mencionó que entre los años 2001 y 2004, se crearon 850 plazas, es decir, un promedio de 1.500 plazas; además, recuerda que en un período se crearon 10.000 plazas. En este período no se han creado más de 500 plazas en promedio, pero las que se han creado responden a las necesidades, absolutamente, priorizadas y seleccionadas. Ese aspecto desde el año 2014, cada vez que se hace la presentación, se explica la metodología y, aclara, que él no es el técnico para explicar en detalle. Se consideró presentar para discusión 308 plazas, plaza por plaza. Comenta que en algunas ocasiones el Consejo Financiero, no cree que se hace un trabajo de esa naturaleza, porque también se revisa que el trabajo este y tengan el criterio, entonces, se tarda alrededor de tres horas para presentar los criterios de 308 plazas. Si él presenta por una hora, para presentar todos los criterios de cada plaza, se tendría que invertir medio día de la sesión de la Junta Directiva y con todo respecto, siempre se trata de hacer una presentación muy ejecutiva, porque se cree que es un órgano con ese carácter, dado que no tiene un carácter operativo. Hace hincapié en que la Auditoría ha revisado el procedimiento, porque en su momento se creó a solicitud de la Junta Directiva y el procedimiento se presentó a consideración del Órgano Colegiado desde el año 2012. Los recursos surgen de ese movimiento y del balance que se tiene previsto, porque todos los años se dejan recursos financieros sin asignar, dado que se espera que en el año se apruebe la creación de las plazas que se necesitan y está en ese rango. No significa que se están creando sin planificación presupuestaria, ni se estén usando esos recursos financieros, porque no se están utilizando en otras partidas, ese aspecto no se debe entender así. Si se observa la Institución ha crecido en infraestructura, en equipo, en medicamentos, en servicios, en mantenimiento y, además, tiene posibilidades de crecer en plazas dentro de cierto rango sin ser excesivos. Los recursos provienen del presupuesto porque están programados desde que se formuló el presupuesto el año anterior.

Pregunta la Dra. Sáenz Madrigal si se vota el tema.

Consulta el licenciado Alvarado Rivera si una parte de es la modificación presupuestaria y la otra, es la creación de plazas.

Aclara el Lic. Picado que no, porque la creación de plazas está inserta en la modificación presupuestaria, no se aprueba cada componente, sino que se tendría que aprobar el contenido presupuestario para el financiamiento, porque la modificación engloba todas esas justificaciones

técnicas y es lo que hay detrás de ese asunto. Entonces, la modificación se aprueba como un todo.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Gutiérrez Jiménez que vota negativamente.

**Por lo tanto**, se tiene a la vista el oficio número GF-67200-2016, del 20 de diciembre del año en curso, que firma el señor Gerente Financiero y que, en lo pertinente, en adelante se transcribe en forma literal:

“Para análisis y aprobación, se remite el documento de la Modificación Presupuestaria N° 06-2016 del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Este documento de modificación presupuestaria cumple con los lineamientos establecidos por la Contraloría General de la República en las Normas Técnicas de Presupuesto Público (R-1-2012-DC-DFOE) y los lineamientos definidos a nivel interno de la CCSS en materia presupuestaria, tales como: Política Presupuestaria, Normas Técnicas Específicas del Plan-Presupuesto e Instructivo de Variaciones Presupuestarias.

Se incluyen movimientos planteados por las unidades ejecutoras, correspondientes a la modificación ordinaria del mes de noviembre, con el fin de ajustar el presupuesto para finalizar el período.

El total de la modificación se encuentra equilibrado en cada uno de los Seguros, en tanto el total de rebajos (origen de los recursos), coincide con el total de aumentos (aplicación de los recursos).

A continuación se resumen los principales movimientos incluidos en la modificación y se adjunta el documento de las justificaciones, en donde se observan los cuadros de aumentos y rebajos realizados en cada una de las subpartidas.

ANTECEDENTES:

**(Montos en millones de colones)**

**SEGURO DE SALUD**

**I. Origen de los recursos ¢41 411,0**

Se realizaron rebajos en las partidas que a continuación se detalla:

- Remuneraciones ¢5 997,2
- Servicios ¢8 281,3
- Materiales y suministros ¢5 002,2
- Bienes duraderos ¢20 746,8
- Transferencias corrientes ¢1 383,5

El principal rebajo se realiza en la partida de Bienes duraderos, producto de los remanentes trasladados por las unidades ejecutoras; destaca la devolución de recursos específicos realizado por el Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, derivados de la Ley 8718 de la Junta de Protección Social por ¢439,0 y Ley 9028 General del Control del Tabaco por ¢11 124,8.

Asimismo, se disminuyen otros rubros de remuneraciones, servicios y materiales y suministros, para financiar necesidades en esos mismos rubros.

## II. Aplicación de los recursos ¢41 411,0

Con el rebajo de las partidas anteriores, se refuerza el contenido presupuestario en:

### 1. Remuneraciones ¢3 480,3

#### 1.1 Partidas fijas y cargas sociales ¢2 718,5

Se redistribuyen en las subpartidas fijas de servicios personales y cargas sociales de varias unidades ejecutoras, con los remanentes de estos mismos rubros.

- a) **Plazas nuevas:** creación de 308 plazas correspondientes al III tracto 2016, de las cuales 293 plazas son de financiamiento central y 15 plazas de financiamiento local; con fecha de vigencia 01/12/2016. Destaca la creación de plazas en los siguientes grupos ocupacionales: personal de enfermería 60, médicos generales 20, personal médico y de apoyo 125 y personal administrativos 103. Recomendado por parte del Consejo Financiero y de Control Presupuestario, en el artículo 1.1, sesión 244 del 20 de diciembre de 2016, con un costo total de ¢396,0 millones de colones. Con estos códigos nuevos, el total de plazas institucional es el siguiente:

#### Seguro de Salud: Detalle de Plazas

Sueldos por cargos Fijos	45 931
<b>Modificación Presupuestaria 06-2016</b>	
<b><i>Plazas Nuevas</i></b>	
<i>Financiamiento Central</i>	293
<i>Financiamiento Local</i>	15
<b><i>Total Plazas Nuevas</i></b>	<b>308</b>
Total a Cargos Fijos	46 239
Total Servicios Especiales	75
<b>Total General de Plazas</b>	<b>46 314</b>

- b) **Estudios individuales de puestos:** Financiamiento del IV implementación del estudio individual de puestos “Modelo funcional y organizacional del Área Financiero-Contable en los Establecimientos de Salud”, aprobado por Junta Directiva, mediante artículo 19 de la sesión 8754, celebrada el 04 diciembre 2014, número de casos 65, costo total €24,0 millones.

**1.2 Subpartidas variables** **€ 761,8**

**a) Remuneraciones eventuales** **€ 761,8**

En este subgrupo destaca el financiamiento de la subpartida de tiempo extraordinario<sup>2</sup> por €238,0; donde sobresale el refuerzo realizado con recursos propios de varias unidades ejecutoras para dar continuidad las 24 horas, los 365 días del año a los servicios de Urgencias, Hospitalización, Salas de Operaciones, Rayos x, Laboratorio Clínico, Enfermería, Ginecología y Obstetricia. De la misma forma, para el pago de las guardias médicas de las especialidades prioritarias para atender las emergencias y el servicio en jornada no ordinaria, tales como: anesestesiólogos, emergenciólogos, radiólogos, ginecólogos, cirujanos, entre otros; con el fin de garantizar los distintos servicios y programas para la atención directa de los(as) usuarios (as) de la seguridad social. Principales incrementos: Hospital San Vicente de Paul €80,0; Hospital Nacional Psiquiátrico €35,0, Hospital Max Peralta €45,0; entre otras unidades.

Por su parte, en la subpartida de disponibilidad laboral varias unidades ejecutoras incrementan con recursos propios esta subpartida por un monto de €523,8 para cubrir el pago de los(as) funcionarios (as) que deben estar disponibles fuera de la jornada ordinaria de trabajo, para dar atención en situaciones de urgencias como accidentes de tránsito y pacientes con complicaciones; destaca el Hospital Dr. Rafael A. Calderón G. €500,0.

**2. Servicios** **€ 744,8**

**a) Servicios médicos y de laboratorio €60,0:** Se financia al Área de Salud de Aserri por el monto de €62,0, para la contratación de servicios médicos y de laboratorios por terceros, específicamente en los servicios de laboratorio clínico. Se observa un monto mayor debido a que otras unidades ejecutoras rebajan esta subpartida en €2,3.

**b) Servicios jurídicos €77,0:** La Dirección de Cobros incrementa este rubro en €80,0, con el fin de cancelar a los abogados externos, los casos de patronos y trabajadores independientes con morosidad y que son declarados de difícil recuperación. Se observa un monto mayor debido a que la Auditoría rebaja esta subpartida en €3,0.

**c) Transporte dentro del país €115,7:** Como previsión para finalizar el período, varias unidades ejecutoras refuerzan con recursos propios e institucionales esta subpartida, con el fin garantizar el pago por concepto de traslados de los (as) usuarios (as) del Seguro Salud. Destacan: Hospital Dr. Escalante Pradilla €50,0; Área de Salud de Santa Rosa €40,6; Hospital Dr. Max Terán €30,0. Se

---

<sup>2</sup> Tiempo extraordinario, Recargo nocturno, Guardias médicas, Días feriados, Guardias médicas residentes, Extras corrientes médicas, Programa cirugía vespertina.

observa un monto mayor debido a que otras unidades ejecutoras rebajan esta subpartida: Hospital San Juan de Dios ¢75,0; Área de Salud de Cañas ¢30,0; Área de Salud de Pital ¢30,0; entre otras.

**d) Viáticos dentro del país ¢96,5:** Se realiza redistribución del fondo institucional para contingencias por ¢65,0, para financiar los gastos que se derivan en la atención de la emergencia ocasionada por el Huracán Otto. Asimismo, varias unidades ejecutoras incrementan este rubro con recursos propios e institucionales, con el fin de atender las erogaciones por concepto de hospedaje y alimentación. Destacan las siguientes unidades: Hospital Dr. Escalante Pradilla ¢5,0; Área de Salud de la Cruz ¢4,7; Área de Salud de Guápiles ¢4,0; Hospital de San Carlos ¢3,8; entre otras.

**e) Mantenimiento de edificios y locales ¢105,6:** Con recursos del fondo recuperación de la infraestructura, se financia a la Dirección Regional de Servicios de Salud Pacífico Central por ¢125,0 para la remodelación interna de la sede. Se observa un monto mayor debido a que otras unidades ejecutoras rebajan esta subpartida: Dirección de Mantenimiento Institucional ¢35,0; Área de Salud de Siquirres ¢29,0; Dirección Administración de Proyectos Especiales ¢17,5; entre otras.

**f) Mantenimiento y rep. maquinaria y equipo de producción ¢127,5:** El Hospital San Juan de Dios incrementa este rubro en ¢256,5 para el mantenimiento preventivo y correctivo de las chimeneas de calderas. Se observa un monto mayor debido a que otras unidades ejecutoras rebajan esta subpartida: Hospital San Vicente de Paúl ¢40,0; Centro Nacional de Rehabilitación ¢22,4; Lavandería Zeledón Venegas ¢20,0; fondos institucionales ¢47,5; entre otras.

**g) Otras subpartidas de servicios ¢162,5:** servicios generales ¢37,6; información ¢22,9; seguros ¢40,6; otras subpartidas de servicios ¢61,4.

### **3. Materiales y suministros ¢872,8**

**a) Útiles y materiales médico hospitalario ¢750,8:** El Hospital San Juan de Dios incrementa esta subpartida en ¢1 247,6, para financiar la compra de stent coronarios y suministros, e insumos necesarios para los pacientes de cirugía vespertina. En los cuadros se observa un monto menor en vista de que otras unidades rebajan esta subpartida: Hospital México ¢240,0; Hospital de Niños ¢100,0; Hospital San Vicente de Paúl ¢140,0; Proyecto Fortalecimiento Atención Integral del Cáncer ¢65,1; entre otras.

**b) Otras subpartidas de materiales y suministros ¢122,0:** materiales y productos de uso en la construcción ¢64,7; otros útiles y materiales ¢18,3; otras subpartidas ¢39,0.

### **4. Intereses y comisiones ¢1 000,0**

**Intereses valores largo plazo ¢1 000,0:** Se financia a la Dirección Financiero Contable en la subpartida de intereses sobre títulos valores a largo plazo, dado que producto de la compra de títulos valores en el mercado secundario, se requiere disponer de recursos presupuestarios suficientes para la afectación de los intereses generados.

### **5. Activos financieros ¢870,0**

**Adquisición de valores del Gobierno Central ¢870,0:** Se financia a la Dirección Financiero Contable en la subpartida adquisición de valores del Gobierno Central, para compra de títulos valores a largo plazo, autorizadas por el comité de inversiones, durante el último trimestre del período.

## **6. Bienes duraderos**

**¢693,0**

**a) Equipo y programa de cómputo ¢169,8:** se distribuye el fondo institucional, para la adquisición de equipo de cómputo del Hospital México ¢124,4 y la Dirección Regional de Servicios de Salud Pacífico Central ¢132,2. En los cuadros se observa un monto menor en vista de que otras unidades rebajan esta subpartida: Dirección de Tecnologías de Información ¢153,0; Hospital Calderón Guardia ¢940,0; entre otras.

**b) Equipo sanitario de laboratorio e investigación ¢498,7:** con recursos del portafolio de inversión, se financia al Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla por ¢800,0 con el fin de equipar el servicio de urgencias, para la compra de camillas transportables, equipo de rayos x, equipo de laparoscopia, video gastroscopio, entre otros. En los cuadros se observa un monto menor en vista de que otras unidades rebajan esta subpartida: Centro Nacional de Rehabilitación ¢392,0; Hospital México ¢717,8; entre otras.

**c) Otras Subpartidas de bienes duraderos ¢24,4:** equipo y mobiliario de oficina ¢19,3; equipo de transporte ¢5,1.

## **7. Transferencias corrientes**

**¢6 075,3**

**a) Prestaciones legales ¢2 000,0:** se distribuyen los recursos a las unidades ejecutoras, derivados del pago a los (as) funcionarios (as) que tienen ese derecho. Asimismo, se incrementa este rubro con recursos institucionales para finalizar el período.

**b) Otras prestaciones a terceras personas ¢4 072,4:** las unidades de salud financian las subpartidas de subsidios, para hacer frente a las necesidades en el pago de los(as) asegurados(as) que están incapacitados(as) y las ayudas económicas para la compra de aparatos o prótesis ortopédicas, para finalizar el período.

**c) Indemnizaciones:** se financia con recursos del fondo institucional de indemnizaciones a la Gerencia Médica en ¢378.5, Gerencia Financiera por ¢2,4 y Gerencia de Logística por ¢5,0 para el pago de resoluciones judiciales.

**d) Transferencias Corrientes Gobiernos Locales ¢2,9:** La Dirección Financiero Contable incrementa este rubro para realizar el pago de intereses sobre la donación de ¢50.0 que realizó la Municipalidad de San Carlos, en vista de que el proyecto resultó infructuoso los recursos fueron devueltos a la Municipalidad, sin embargo el convenio firmado entre los entes indicaba que se debían reintegrar los rendimientos obtenidos sobre esa donación.

## **8. Cuentas especiales**

**¢27 674,8**



**Sumas sin asignación presupuestaria €27 674,8:** En este grupo se incrementa el rubro de sumas con destino específico sin asignación presupuestaria por el monto indicado, derivado de los remanentes de las unidades ejecutoras. Sobresale la devolución de recursos específicos realizado por el Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, derivados de la Ley 8718 de la Junta de Protección Social por €439,0 y Ley 9028 General del Control del Tabaco por €11 124,8.

## **RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE**

En el presente documento se incluyen movimientos planteados por las unidades ejecutoras de este Régimen correspondientes a la modificación ordinaria del mes de noviembre, con el fin de ajustar el presupuesto para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos para terminar el período

### **I. Origen de los Recursos €25 358,3**

Se realizaron rebajos en las partidas que a continuación se detalla:

- Remuneraciones	€63,0
- Servicios	€1 183,9
- Materiales y suministros	€60,3
- Intereses y comisiones	€1,3
- Activos financieros	€8 950,0
- Bienes duraderos	€681,9
- Transferencias corrientes	€14 417,9

Los principales rebajos se realizan en el rubro de activos financieros y transferencias corrientes, para el financiamiento de los movimientos que se mencionan más adelante.

### **II. Aplicación de los recursos €25 358,3**

Con los rebajos de las partidas anteriores, se refuerza el contenido presupuestario en:

#### **1. Remuneraciones €47,4**

#### **Partidas fijas y cargas sociales €47,4**

Se redistribuyen en las subpartidas fijas de servicios personales y cargas sociales de varias unidades ejecutoras, con los remanentes de estos mismos rubros.

#### **2. Activos financieros €4 000,0**

**Adquisición de valores €4,000.0:** Se incrementa esta subpartida a la Dirección de Inversiones, para la adquisición de títulos valores por medio de subasta del sector privado, acorde a las políticas de inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

#### **3. Cuentas Especiales €21 310,9**

**Sumas con destino específico sin asignación presupuestaria €21 310,9:** En este grupo se incrementa el rubro de sumas con destino específico sin asignación presupuestaria por el monto indicado, derivado de las devoluciones de recursos realizadas por las unidades ejecutoras, en rubros como adquisición de valores, colocación de créditos y pensiones cuya proyección fue mayor.

### **III. DICTAMEN TÉCNICO**

Mediante oficio DP-2149-2016 de fecha 20 de diciembre del 2016, suscrito por la Dirección de Presupuesto, se remite la Modificación Presupuestaria 06-2016 del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, la cual cumple con los aspectos técnicos y los lineamientos establecidos para las modificaciones presupuestarias.

### **IV. CONCLUSIONES**

1. Los movimientos presupuestarios planteados corresponden a la última modificación programada del período 2016.
2. Los movimientos incluidos, no varían el monto total asignado de presupuesto.
3. Mediante oficios DP-2170-2016 y DP-2169-2016 de fecha 19 de diciembre del 2016, la Dirección de Presupuesto solicita a la Dirección de Planificación Institucional y la Dirección Administración Gestión de Personal, los ajustes o cambios en la programación del Plan Anual y el impacto en la producción y la atención de los servicios, de los movimientos incluidos en la presente modificación.
4. La modificación cumple con los lineamientos establecidos por la Contraloría General de la República y la institución.

### **V. RECOMENDACIÓN**

Con base en el dictamen técnico emitido por la Dirección de Presupuesto en oficio N° DP-2149-2016, la Gerencia Financiera recomienda a la Junta Directiva la aprobación de la Modificación Presupuestaria N° 06-2016 correspondiente al Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte”,

habiéndose hecho la presentación respectiva por parte del licenciado Picado Chacón, conforme con las recomendaciones y los criterios técnicos contenidos en los oficios números GF-67200 y DP-2149-2016 emitido por la Dirección de Presupuesto con fecha 20 de diciembre del año 2016, y con base en la recomendación del Gerente Financiero, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** aprobar la modificación presupuestaria N° 06-2016 del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, por los montos indicados en el siguiente cuadro y los movimientos presupuestarios de rebajos y aumentos de egresos, incluidos en el documento de justificaciones que queda constando en la correspondencia de esta sesión, y teniendo presente el oficio número DP-2149-2016 de la Dirección de Presupuesto, mediante el cual se emite el dictamen técnico.

El monto total de la modificación es el siguiente:

**Modificación Presupuestaria N° 06-2016  
(Monto en millones de colones)**

<b>SEGURO DE SALUD</b>	<b>REGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE</b>	<b>REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES</b>	<b>TOTAL CAJA</b>
<b>¢41 411,0</b>	<b>¢25 358,3</b>	<b>¢0.00</b>	<b>¢66 769,3</b>

Sometida a votación la propuesta para que lo resuelto se adopte en firme es acogida unánimemente. Por consiguiente, lo acordado se adopta en firme.

La ingeniera Méndez Esquivel, las licenciadas Nájera Rodríguez, Fernández Cambronero, Wilshire González y la ingeniera Jiménez Jiménez se retira del salón de sesiones.

**ARTICULO 20°**

Se tiene a la vista el oficio N° GF-66410-2016, de fecha 23 de noviembre del año 2016, que firma el Gerente Financiero y contiene la propuesta de *Política y estrategia de inversiones del Seguro de Salud, período 2017*.

A propósito el Director Barrantes Muñoz manifiesta su preocupación con este tema, porque no observa que la metodología sea igual, dado que el año pasado cuando se presentó el tema ante la Junta Directiva, venía con el criterio del Área de Riesgo y del Comité de Riesgo. Esta vez la participación de Riesgo no se da para la política, sino que queda establecida la participación, exclusivamente, para las nuevas inversiones o en nuevos sujetos en que se invierta o en modificaciones relevantes de las inversiones. Es una participación limitada y a diferencia del año pasado, el criterio de la Unidad de Riesgo y del Comité de Riesgo, sí venía como un elemento previo de la política en general. Considera que el criterio de la Unidad de Riesgos y del Comité de Riesgos, debería también estar siendo un elemento previo de toda la política que la Junta Directiva aprueba, sin perjuicio de que luego tenga una intervención en la que debe tener, de acuerdo con las competencias en la parte operativa, cuando se van a hacer inversiones nuevas o modificaciones sustantivas en las inversiones del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). Si se decide que hoy se va a votar el asunto, por esas razones lo votaría en contra. Si se considera que es una omisión que no esté contenido el criterio de la Unidad de Riesgos y del Comité de Riesgos, entonces, se incorpore ese requisito para toda la propuesta de la política, porque le parece que es lo conveniente. En este momento aún, tal y como está esa área determinada en cuanto a su ubicación en la estructura institucional, se esperaría que cuando se vaya a resolver y de seguro, se va a hacer porque ya es su impresión de que se va en esa dirección. Como lo planteó hace un momento, la señora Presidenta Ejecutiva para efectos del tema del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), ese tema se podría estar resolviendo en los meses de enero y febrero próximos, como parte del mejoramiento de la gestión como administradores de IVM. Sin embargo, le parece el criterio de riesgos que se haría para el RIVM, también tiene pleno sentido y necesidad para el SEM.

Aclara el Lic. Picado que en el procedimiento ordinario de las políticas de inversiones, no existe un apartado específico para que la Unidad de Riesgos, emita un criterio, porque establece cuáles emisores y cuáles instrumentos son viables para invertir. Todo lo que se está anotando que se puede invertir en el sector público y en el sector privado y en qué tipo de instrumento, está basado en criterios de riesgos. La Institución no podría invertir, por ejemplo, si apareciera una emisión de bonos del Instituto Nacional de Electricidad (ICE), porque la Unidad de Riesgos, no ha emitido un criterio, porque no es parte del procedimiento ordinario. Recuerda que el año pasado, la Junta Directiva solicitó dos criterios que no son parte del procedimiento, uno fue del Área de Administración de Riesgos y otro de la Auditoría. El procedimiento lo que establece, es que se ha conocido por el Comité de Inversiones del Seguro de Salud y se ha presentado ante la Junta Directiva. El otro aspecto es que el carácter de inversionista que tiene el Seguro de Salud, es un perfil de inversionista muy distinto al de IVM. El fondo de reserva que tiene el IVM, es parte de su modelo de financiamiento, para el Seguro de Salud son inversiones de corto plazo, porque, básicamente, en principio están destinadas a tener recursos para pagar las provisiones salariales. En los años más recientes, se han tenido inversiones a menos de un año porque son para pagar el aguinaldo, el salario escolar y las comisiones bancarias, como ilustración. En este momento, con la mejora financiera, se ha tenido oportunidad de ir acumulando recursos para proyectos como el Fideicomiso, la infraestructura hospitalaria, entre otros proyectos y se ha empezado a tratar de superar el año de inversión. El perfil de la Institución es de inversionista de bajo riesgo, es decir, siempre se realizan inversiones muy seguras y de corto plazo, porque el SEM no es como el RIVM que puede invertir a 20, 25 y 30 años o puede invertir en el exterior, como un mecanismo de diversificación. La lógica del SEM es buscar mantener el valor del dinero en el tiempo, pero no se está buscando una rentabilidad como en el IVM, lo cual implica también parte del financiamiento del Régimen. El procedimiento ordinario no tiene necesidad de pasar por el Área de Administración de Riesgos. Comenta que la vez pasada se sometió a consideración de esa Área y, básicamente, lo que indicaron es que la política estaba de acuerdo con lo que se establecía.

Por su parte, al Director Gutiérrez Jiménez le parece que la Junta Directiva, no debería ser la que define qué se reconoce como riesgos. El tema de fondo es que varios Directores y se incluye, han indicado que la figura del Área de Riesgos, es importante que esté presente en el quehacer de la Institución, de una manera mucho más relevante. Comparte, que aunque no esté en la Política y no esté en el procedimiento ordinario, es deseable que el riesgo señala lo que está indicando, en términos de que lo avalan, porque en última instancia es la Unidad de Riesgos la que está determinando precisamente ese aspecto. Hay un aval o hay una llamada de atención. Le parece, que más que los Miembros de la Junta Directiva lo indiquen, en términos de que el tema de riesgo, tiene que ser un elemento indispensable no solo en el tema de inversiones, sino en una serie de quehaceres de la Institución. No desea que quede la connotación de que son los Directores de la Junta Directiva, los que deben ir definiendo en qué áreas se desea intervenga la Unidad de Riesgos, porque es lo contrario. La administración le tiene que indicar a la Junta Directiva, en qué áreas debe estar presente la Unidad de Riesgos, para que los señores Directores puedan sugerir con carácter excepcional y no como norma, a dónde se tiene que analizar el tema de los riesgos. Le parece que no solo la Unidad de Riesgos, sino que la Auditoría, deberían sugerir a dónde pueden estar los riesgos, para ir complementando ese esfuerzo y fortaleciendo lo que haya que fortalecer a través del tema de riesgos.

Manifiesta el Director Alvarado Rivera que las unidades de Riesgos de la Institución, es como un ente para analizar diferentes puntos y otro tema, es la Unidad de Riesgos de las inversiones, son dos aspectos diferentes, porque la Unidad de Riesgos de Inversión del RIVM como del SEM, están estructuradas fundamentalmente para definir cuáles son las condiciones financieras de las entidades, en las cuáles se va a invertir. Por otro lado, la Política de Riesgos debería tener independencia de la Unidad de Riesgos, es decir, una independencia sustantiva porque de otra manera, lo que es una intromisión de la Unidad de Riesgos de inversiones del SEM, en la Política de Inversión del SEM y ese aspecto no le parece que funcione bien. Si hay una Política de Riesgos que atenta contra la seguridad de las inversiones, lo que debe hacer la Unidad de Riesgos, por ejemplo: “Usted teniendo una política de riesgos que está poniendo en riesgo la inversión; pero no participar de la creación de la política”. Lo anterior, porque la Institución lo que tiene es una Unidad de Riesgos, incidiendo directamente en la Política de Riesgos y, entonces, se pierde la fiscalización que tiene que tener. Le parece que es la política que está proponiendo el Comité de Inversiones, pero deberá pasar por el tamiz, eventualmente, de la Unidad de Riesgos.

El licenciado Barrantes Muñoz señala que es un tema, en el que no es que la Unidad de Riesgos, participe en la definición de la política; pero como es una política anual, presupone que ciertos instrumentos pueden ser por la coyuntura económica, y es donde la Unidad de Riesgos tiene que determinar si avala o no la política de inversiones.

Pregunta la Dra. Sáenz Madrigal si este tema, necesariamente, se tiene que presentar en esta sesión, si se puede analizar en el mes de enero próximo.

Responde el Gerente Financiero que las inversiones a plazo pueden esperar, porque si el tema se analiza en la sesión del mes de enero del año 2017, se aplica la modalidad de inversiones a la vista, las cuales son las que se hacen, diariamente, lo que se ha hecho es homologar después la política que se tiene hoy vigente, hasta que se renueve la política para el próximo año. Entonces, el tema se puede presentar en el mes de enero próximo. En el tema de riesgos, efectivamente, la Unidad de Riesgos hace informes, porque tiene un Comité de Riesgos, por ejemplo, cuando hay una situación de una empresa, o un banco que pudiera tener algún problema de liquidez, se hacen informes y llaman la atención. Lo anterior, por cuanto la política es un marco general de acción y cada vez que se debe de realizar una inversión, se hace un análisis con Inversiones de Riesgos, si indican que, a modo de ejemplo, en un banco no se puede invertir más, no se invierte en ese banco, porque el riesgo está advertido, pero la política no es que señala desde este momento dónde se va a invertir, lo que da es un marco general de opciones.

**Se dispone**, finalmente, seguir tratando el tema en la sesión del 12 de enero próximo.

El licenciado Picado Chacón se retira del salón de sesiones.

## **ARTICULO 21°**

**Se toma nota** de que se reprograma para la próxima sesión ordinaria, la presentación de los temas que se detallan:

**I) Proposiciones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:**

***Asuntos para decisión:***

- a) **Oficio N° P.E.-2434-2016** fechado 10 de agosto de 2016: propuesta modificación parcial al Reglamento de Juntas de Salud, aprobado en el artículo 18° de la sesión N° 7825 celebrada el 15-01-04: **sustitución de “Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud”** por **Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud** que es la instancia designada para accionar en temas de Juntas de Salud.
- b) **Oficio N° P.E.-64095-2016** fechado 10 de noviembre de 2016: propuesta “*Manual de Organización de la Dirección de Planificación Institucional*” (actualizado octubre-2016).

***Asuntos informativos:***

- c) **Oficio N° P.E.1896-2016 de fecha 23 de junio de 2016: nuevo diseño del Plan Estratégico Institucional 2015-2018;** se atiende lo solicitado en el artículo 22°, apartado 5, sesión N° 8818: **se acordó: instruir a la Presidencia Ejecutiva y a las Gerencias para que inicien un proceso de divulgación del citado Plan Estratégico Institucional.**

***Informes participación en actividades en el exterior:***

- d) **Oficio N° P.E.2411-2016** de fecha 9 de agosto de 2016: participación en “*Third in-person meeting of Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain control*” (Tercera Reunión presencial de la Comisión LANCET en el acceso mundial a los cuidados paliativos y control del dolor) que se realizó en Cuernavaca, México.
- e) **Oficio N° P.E.64222-2016**, de fecha 24 de noviembre de 2016: informe participación en el Foro intersectorial “*Los retos comunes de la Institucionalidad del SICA*” que se realizó en San Salvador, El Salvador, y en el “*Taller de consulta sobre el diseño y fortalecimiento de la plataforma de financiamiento del SMSP*”, en México.
- f) **Oficio N° P.E.-64283-2016** fechado 29 de noviembre de 2016: informe participación en la “*XIV Edición del Master en Dirección y Gestión de los Sistemas de Salud*”, que se realizó en Madrid, España.
- g) **Dirección de Planificación Institucional: asuntos para decisión.**

- g.1 Solicitud plazo: oficio N° DPI-092-16, del 22-1-16:** “Acuerdos de Junta Directiva pendientes con corte al 31 de enero de 2016”. **Nota:** este informe actualiza el presentado por medio de las comunicaciones números P.E.-25.951-15 de fecha 22 de abril de 2015; DPI-356-15 y DPI-531-15.

***Anotación:*** por medio del oficio del 29-3-16, N° DPI-145-16, el Director de Planificación Institucional solicita un plazo mínimo de dos meses, para remitir el informe actualizado, dado que deben corregir algunas inconsistencias detectadas; se prevé que el 17-6-16 se enviará informe actualizado para ser agendado y conocido por la Junta Directiva.

- g.2 Oficio N° DPI-186-16**, de fecha 18 de abril del año 2016: informe ejecutivo del IGIS “*Índice de gestión Institucional período 2013-2015*” (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

**II) Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.**

**A) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:**

**1. Seguimiento al oficio de la Presidencia Ejecutiva (sin número) de fecha 4 de mayo del año 2016:**

- a) Solicitud de presentación inmediata a la JD de informe actualizado sobre lo actuado por las Gerencias de la Caja en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley de Control Interno: Ref: oficio N° 55.838 de la Presidencia Ejecutiva.

***En proceso de atención y seguimiento:*** mediante el oficio 10 de octubre del año 2016, N° 60.645, dirigido a todos los Gerentes, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe en un plazo de quince días; la Gerencia Administrativa coordina la presentación del informe unificado. *En oficio N° GA-49308-2016 del 5-12-2016: solicita prórroga para presentación del informe./ La Presidencia Ejecutiva según oficio N° PE-64442-2016 concede plazo para que se presente informe primera semana febrero 2017: propuesta integrada entre Gerencia Admva. y Dirección Planificación Institucional del Modelo integral de riesgos que incluya definición hoja ruta para Mapa riesgos institucional.*

- b) Informe de cumplimiento y estado actual de situación de lo resuelto por la Junta Directiva en relación con el oficio N° GL-43.704-2016 sobre Proyecto Evaluación independiente de eficiencia en la contratación pública para la CCSS.

***Asunto en proceso de atención:*** mediante la nota N° 68.310 se ha solicitado a las Gerencias de Logística atender el asunto y presentar el informe pertinente.

- c) Presentación inmediata a la Junta Directiva del informe solicitado a las Gerencias Médica, Administrativa y el Director de Planificación Institucional sobre *Propuesta de un programa nacional de promoción de actividad física y estilo de vida saludable.*

***En proceso de atención y seguimiento:*** mediante la nota del 10 de octubre del año 2016, N° 60.646, dirigido a la Gerente Médico, al Gerente Administrativo y al Director de Planificación Institucional, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe unificado en un plazo de quince días; coordina lo correspondiente la Gerencia Médica. *Se recibe el oficio de la Gerencia Administrativa, número GA-49332-2016/GM-SJD-22994-2016, de fecha 5-12-16, por medio del que se presenta el informe, que se propone conocer en sesión*

**del 12-1-17.**

- d) Presentación a Junta Directiva de la propuesta final para resolución del proyecto de reforzamiento del edificio Laureano Echandi.

**Asunto en proceso de atención:** mediante el oficio del 10 de octubre del año 2016, N° 60.647, dirigido a las Gerentes Médico, de Infraestructura y Tecnologías, y Logística, y a los Gerentes Administrativo, Financiero y de Pensiones, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe unificado en un plazo de veintidós días; la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías coordina la unificación del informe.

- 2) Informe de situación actual de adeudos del Estado con la CCSS (considerando el pago a efectuarse mediante crédito con el Banco Mundial) y estrategia y acciones de recuperación.

**Asunto en proceso de atención:** mediante el oficio 10 de octubre del año 2016, N° 60.649, dirigido al Gerente Financiero, la Presidenta Ejecutiva le solicita presentar el informe con la brevedad posible.

- 3) Informe actualizado a la Junta Directiva de la Contraloría de Servicios de la CCSS.

*Se propone* conocer en la segunda sesión de enero próximo junto con los resultados de la encuesta de satisfacción al usuario realizada en hospitales y áreas de salud.

- 4) Revisión de la situación actual del Régimen de pago de la Cesantía en la CCSS y resolución para ajustarlo conforme a lo dispuesto por la ley y en procura de la sostenibilidad financiera institucional.

**Asunto en proceso de atención:** mediante el oficio del 10 de octubre del año 2016, dirigido al Gerente Administrativo, N° 60.651, Presidenta Ejecutiva le solicita presentar el informe, con la brevedad posible.

- 5) Propuesta para revisar las funciones, atribuciones y responsabilidades de las Gerencias de la Caja y determinar los instrumentos y procedimientos de evaluación periódica del desempeño de los gerentes.

- 6) Moción para que, conforme con lo establecido en el Reglamento de Puestos de Confianza, se resuelva de inmediato, la contratación de la asesoría legal y la asesoría financiera requerida por la Junta Directiva de la CCSS.

- 7) Instruir a las Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnologías, para que establezcan y ejecuten las acciones y disposiciones necesarias, que garanticen que las bases de datos personales EDUS y SICERE cumplan con lo establecido en la Ley de Protección de datos personales.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota N° 68.307 se ha solicitado a las



Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnologías presentar el informe unificado para la segunda sesión de enero próximo.

- 8) Que se informe a la Junta Directiva sobre los alcances e implicaciones para la CCSS del documento suscrito entre la Presidencia Ejecutiva y el Ministro de Salud sobre la creación del Instituto de la Equidad en Salud.

**Anotación:** en oficio N° P.E.64222-2016, del 24-11-16, se presenta informe de la Presidencia Ejecutiva, en cuanto a participación en el Foro intersectorial “*Los retos comunes de la Institucionalidad del SICA*” que se realizó en San Salvador, El Salvador (ahí se trató lo referente al citado documento), y en el “*Taller de consulta sobre el diseño y fortalecimiento de la plataforma de financiamiento del SMSP*”, en México.

- 9) Que, conforme con lo acordado, se fije fecha de presentación a la Junta Directiva de las valuaciones actuariales del Seguro de Salud.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota N° 68.308 se ha solicitado a la Gerencia Financiera y a la Dirección Actuarial atender el asunto y fijar la fecha de la sesión de enero próximo en que se presentará el informe.

- 10) Informe sobre la creación de una unidad de investigación biomédica y de la existencia de un convenio para ese fin con una universidad extranjera.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota N° 68.309 se ha solicitado a la Gerencia Médica atender el asunto y presentar el respectivo informe a la Junta Directiva.

- 11) Resultados del Estudio sobre la situación de la adolescencia en Costa Rica, realizado por el Hospital Nacional de Niños, en relación con las Clínicas de la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social.

**Anotación:** en el artículo 2°, sesión N° 8874 del 17-11-16 la Gerencia Médica presenta informe: oficio N° GM-SJD-20672-2016, de fecha 21 de octubre del año 2016, por medio del que se presentan los resultados del estudio sobre situación de la adolescencia en la Educación Secundaria de Costa Rica, *se solicita que asunto se presente en forma integral junto con el tema relacionado con las clínicas del adolescente.*

Mediante el oficio N° GM-SJD-23466-2016, del 19-12-16, la Gerencia Médica presenta el informe resultados del estudio sobre la situación de la adolescencia en educación secundaria de Costa Rica, que se propone conocer en la sesión del 12-1-16.

- B) Planteamientos del Director Gutiérrez Jiménez: asuntos en proceso de atención por parte de la administración:**

b.1 Sostenibilidad financiera.

Por medio de la nota N° 56.237 se solicitó al Gerente Financiero el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información

pertinente.

b.2 Modelo salarial. Nuevas Alternativas.

Por medio de la nota N° 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

b.3 Modelo de Servicio.

b.4 Tema referente a la productividad.

Por medio de la nota N° 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

**C) Mociones planteadas por el Director Devandas Brenes:**

**Moción N° 1:**

Instruir a la Gerencia Médica para que llegue a acuerdos con los colegios profesionales que instalen consultorios de atención a médicos para sus agremiados. Tales servicios se realizarán en el marco de las regulaciones establecidas en el Reglamento de Médicos de Empresa.

**D) Planteamiento Directora Alfaro Murillo:**

**d.1.** Informe COMISCA; *en proceso de atención:* se solicitó un informe a la Gerencia de Logística.

**E) Planteamiento Director Loría Chaves:**

- e.1.** Clasificación del Área de Salud de Goicoechea 2, en resguardo de los acuerdos de Junta Directiva.
- e.2.** Conocimiento del protocolo de readaptación laboral aprobado por la Gerencia y sus impactos.
- e.3** Revisión del artículo 9° de la sesión N° 6527 del 6 de octubre de 1988, que otorga beneficios a los instructores del CENDEISSS.

**F) PROYECTOS DE LEY EN CONSULTA: *para decisión:***

**Gerencia Administrativa: *Se externa criterio:***

- i) Expediente N° 20.103, Proyecto “LEY PARA GARANTIZAR LA TRANSPARENCIA EN LOS ÓRGANOS COLEGIADOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA”.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-64197-2016, del 21-11-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa el oficio N° CG-223-2016,

del 21-11-16, que firma la licenciada Ericka Ugalde Camacho, Jefe de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa. (29°, ac.I, Ses. N° 8878). *En oficio N° GA-49278-2016 del 7-12-2016, externa criterio.*

- ii) ***Expediente 20.125, Proyecto de Ley “REFORMA DEL ARTÍCULO 178 DE LA LEY N° 2, CÓDIGO DE TRABAJO, DEL 27 DE AGOSTO DE 1943”.*** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-64281-2016, fechada 29-11-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa el oficio número CAS-1765-2016, de fecha 29-11-16, que firma la licenciada Ana Julia Araya A., Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa (29°, ac.II, Ses. N° 8878). *En oficio N° GA-49390-2016 del 13-12-16, externa criterio.*
- iii) ***Expediente N° 20.057, Proyecto de “LEY DE EMPLEO PÚBLICO”.*** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-64291-2016, fechada 29-11-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa el oficio número CAS-1795-2016, de fecha 29-11-16, que firma la Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa (Art-29°, Ac.III, Ses. N° 8878). *En oficio N° GA-49377-2016 del 22-12-2016, externa criterio.*
- iv) ***Expediente N° 19.506, Proyecto “LEY PARA REGULAR LAS REMUNERACIONES ADICIONALES AL SALARIO BASE Y EL AUXILIO DE CESANTÍA EN EL SECTOR PÚBLICO”, ANTERIORMENTE DENOMINADO “LEY PARA EL ORDENAMIENTO DE LAS RETRIBUCIONES ADICIONALES AL SALARIO BASE DEL SECTOR PÚBLICO”.*** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-64312-2016, fechada 1-12-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 1-12-16, número CAS-1910-2016, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa (Art.29°, Ac. IV, Ses. N° 8878). *En oficio N° GA-49378-2016 del 22-12-2016, externa criterio.*

A las diecisiete horas con quince minutos se levanta la sesión.