

Jueves 19 de octubre de 2017

Nº 8932

Acta de la sesión ordinaria número 8932, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 19 de octubre de 2017, con la asistencia de los señores: Presidente Ejecutivo, Dr. Llorca Castro; Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho; Directores: Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Barrantes Muñoz, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Alvarado Rivera no participa en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

La Directora Alfaro Murillo y el Director Loría Chaves retrasarán su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1º

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

ARTICULO 2º

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

I) “Comprobación de quórum.

II) Aprobación agenda.

III) Reflexión a cargo del Director Loría Chaves.

IV) Aprobación acta de la sesión número 8922.

VI) Correspondencia.

VIII) Gerencia Médica: *para decisión.*

a) Oficio Nº GM-SJD-29557-2017, del 28-9-17: abordaje Listas de Espera:

- 1) Análisis de la capacidad teórica para los quirófanos nacionales para cirugía.
- 2) Plan de Atención Oportuna a las personas.
- 3) Informes de evaluación de los resultados de los proyectos aprobados por la Junta Directiva.
- 4) Proyectos nuevos de jornadas de producción.

b) Oficio Nº GM-SJD-29698-2017, del 3-10-17: propuesta de alcance y modificación de cronograma para Proyecto Torre Hospital San Juan de Dios.

- c) **Oficio N°GM-SJD-30307-2017, de fecha 11 de octubre del 2017.** propuesta adjudicación compra directa 2017CD-000108-2104. **Stents Coronarios Hospital México.**
- d) **Oficio N° GM-SJD-29576-2017, de fecha 28 de setiembre de 2017:** propuestas
- **Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia,** así como
 - **Servicios hospitalarios diferenciados y amigables para personas adolescentes.**
- e) **Oficio N° GM-SJD-28379-2017, fechado 09 de octubre del 2017:** Informe de brechas de formación de médicos especialistas años 2017 y 2018.
- f) **Beneficios para estudio: oficio N° GM-SJD-29994-2017, fechado 09 de octubre del 2017:** Licda. Yamileth Badilla Morales, Enfermera Hospital Nacional de Niños. Propuesta modificación de fecha de inicio y fin de **Pasantía en Enfermería, en la Unidad de Cuidados Intensos Pediátricos y Cuidados Intensivos,** en el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez, en México, según lo acordado en el art. 12°, sesión N° 8907: **permiso con goce del 01 al 30 de noviembre de 2017.**

IX) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: asuntos para decisión:

- a) **Oficio N° GIT-8555-2017, de fecha 6 de setiembre de 2017:** propuesta para la actualización del **“Portafolio de proyectos de inversión en infraestructura y tecnologías -Quinquenio-2018-2022”.**
- b) **Contratación administrativa: atención artículo 22°, sesión N° 8926 del 14-09-2017:** presenta informe complementario en relación con: propuesta adjudicación licitación pública N° 2017LN-0000031150: ítem único: **“Licenciamiento Institucional de Tecnologías Microsoft”**, a favor de la empresa SEGACORP de Costa Rica S.A., por un total de \$10,688,164,33 (Ref.: oficio N° GIT-8443-2017).

X) Gerencia Administrativa: para decisión.

- a) **Oficio N° GA-42418-2017, de fecha 24 de agosto de 2017:** presentación **informe técnico-jurídico y propuestas en relación con los pluses salariales en:**
- **Reconocimiento de Patólogos.**
 - **Incentivo vivienda Médico Asistente Especialista Zona Rural.**
 - **Salario en especie y auxilio económico para la alimentación.**
- b) **Oficio N° GA-42482-2017, de fecha 4 de setiembre de 2017:** propuesta resolución **recurso de reposición presentado por el señor Ronald Alvarado Brenes** contra lo resuelto en el artículo 17°, sesión N° 8892, celebrada el 9 de marzo de 2017: respecto de copias gestionadas en cuanto al Convenio entre la Caja y Ministerio de Hacienda.

XI) Gerencia de Logística:**Contratación administrativa:***Para decisión:*

- a) **Oficio N° GL-45969-2017, de fecha 12 de octubre, 2017. Propuesta adjudicación Licitación Pública No. 2015LN-000021-05101, ítem único:** Pruebas Determinantes Gases Arteriales a través de Compr@red; monto estimado por adjudicar \$2.628.000,00.
- b) **Oficio N° GL-45971-2017, de fecha 12 de octubre, 2017. Propuesta adjudicación Compra Directa No. 2017-CD-000084-5101, ítem único,** “*Vacuna Combinada Toxoide Diftérico y Tetánico*”, a favor de Organización Panamericana de la Salud; monto total por adjudicar de \$1.268.590,00.
- c) **Oficio N° GL-45973-2017, de fecha 12 de octubre, 2017. Propuesta adjudicación Compra Directa No. 2017CD-000085-5101, ítem único:** “*Vacuna Neumocócica Conjugada 13-Valente*” a favor de Organización Panamericana de la Salud; total por adjudicar de \$1.605.469,00.
- d) **Asunto informativo: oficio N° GL-45964-2017, de fecha 11 de octubre del 2017. Informe relacionado con la denuncia formulada por la Asociación de Consumidores Libres (ACL). Procedimiento Concursal 2016LN-000039-05101. Objeto Contractual: Clavos Bloqueantes. Se propone distribuir para estudio y conocimiento en la próxima sesión ordinaria.**

XII) Gerencia Financiera: para decisión.

- a) **Oficio N° GF-3431-2017 del 27-09-2017: externa criterio texto sustitutivo: Proyecto de ley en consulta: oficio N° PE-14498-2017 del 21-9-17: consulta legislativa en relación con el Expediente N° 19130, Proyecto “REFORMA DE LOS ARTÍCULOS 88, 89, 90, 92, 94, 95, 97 y 139 DE LA LEY ORGÁNICA DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL N°1860 Y SUS REFORMAS, 116 DE LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL N°7333, 101 DEL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, 271, 272, 309, 310, 311,312, 314,315,397,398, 401, 419 PÁRRAFO SEGUNDO, 430 INCISO 7), 669 Y 679 PÁRRAFO PRIMERO DEL CÓDIGO DE TRABAJO LEY N°2, DE 27 DE AGOSTO DE 1943 Y SUS REFORMAS Y SE ADICIONA UNA NUEVA SECCIÓN II Y UN ARTÍCULO 681 BIS AL CAPÍTULO XV DEL TÍTULO X DE DICHO CUERPO NORMATIVO. CREASE UN APARTADO DE TRANSITORIOS I Y II.**
- b) **Oficio N° GF-3225-2017, del 1° de setiembre de 2017: propuesta revaluación del monto de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Caja: II Semestre del 2016 y I Semestre del 2017.**

- c) *Dictámenes referentes a apelaciones patronos: oficios de fecha 30 de agosto del 2017: contienen el análisis, la recomendación y la propuesta de acuerdo de la Comisión Asesora de Cierre de Negocios (se consigna listado en el Anexo I).*
- d) **Propuesta de reforma al artículo 34 del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).**

XIII) Gerencia de Pensiones: para decisión.

XIV) Presidencia Ejecutiva:

Propuesta: sesión extraordinaria lunes 23 de octubre, 2017, 12 m.d.: temas referentes a proyectos ley en consulta y correspondencia.

Anotación: fijación fecha para recibir a la Defensora de los Habitantes, que solicitó audiencia para tratar el tema del aseguramiento en la Institución.

XV) Propositiones y asuntos por presentar por parte del señor Presidente Ejecutivo, entre otros:

- a) **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.**
- b) **Oficio N° P.E. 25.921-2015** de fecha 20 de abril de 2015: propuesta readecuación e integrada del “Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS”. (Art.-8°, Ses. N° 8794 del 17-08-2015).
- c) **En el oficio N° DPI-554-16 fechado 20 de diciembre-2016: solicita retiro del oficio N° DPI-186-16**, del 8-01-2016 que contiene el informe ejecutivo del IGIS “Índice de gestión Institucional período 2013-2015”, con el fin de presentar el informe integrado del período 2013-2016 en febrero-2017 (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

XV) Propositiones y asuntos varios de los señores Directores.

Anotación: el 2-5-17 y el 16-6-17 la Sría. Junta Directiva remitió recordatorios a los Sres. y Sras. Gerentes, a quienes se pidió rendir los informes.

A) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:

- 1) Que conocida la propuesta de Modelo Integral de Riesgos y su mapa de ruta, dado que el calendario de ésta es a dos años plazo, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley de Control Interno, se solicite a todas las Gerencias institucionales la presentación a la

Junta Directiva de los planes actuales de gestión de riesgos correspondientes a las áreas a su cargo. Plazo: un mes.

Nota: mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.007, la Secretaria Junta Directiva solicita a todas las Gerencias atender este asunto.

- 2) Reiterar lo solicitado en relación con el oficio N° GL-43.704-206 sobre Proyecto de Evaluación independiente sobre la eficiencia en los procesos de contratación pública de medicamentos de la CCSS. Pendiente de presentar a Junta Directiva conforme se solicitó mediante el oficio N° 68310 de fecha 29-11-16.

Nota: mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.008, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente de Logística atender este asunto.

- 3) Revisión de la situación actual del régimen de cesantía en la CCSS previo análisis de legalidad del acuerdo adoptado por la Junta Directiva, de su ajuste con la equidad y de su impacto financiero, a fin de resolver conforme con el objetivo de la sostenibilidad institucional. Fijar plazo al informe solicitado en el oficio N° 60.651 emitido por la Presidencia Ejecutiva y dirigido al Gerente Administrativo el 10-10-2016.

Nota: mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.009, la Secretaria Junta Directiva solicita al Gerente Administrativo atender este asunto.

- 4) A fin de que se establezcan y ejecuten las acciones necesarias que garanticen que las bases de datos EDUS, SICERE y cualesquiera otra en la CCSS cumplan con la protección que exige la Ley de protección de datos personales, se solicite presentar de inmediato el informe unificado solicitado a la Gerencias Médica, Financiera, de Infraestructura y Tecnologías (oficio 68.307) con plazo para enero de 2017.

Nota: mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.010, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico, al Gerente Financiero y a la Gerente de Infraestructura y Tecnologías atender este asunto.

- 5) Reiterar 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.

Nota: mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.011, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.

- 6) Solicitud información en cuanto a investigación biomédica en la Caja:

- 6.1) Se reitera lo solicitado: oficio N° GM-SJD-23780-16 de fecha 22 de diciembre de 2016: presentación informe en relación con la creación de una unidad de investigación biomédica; la doctora Villalta Bonilla aclara que se está haciendo revisión y actualización, de manera que se presentará la información actualizada en una próxima sesión (Ref.: 17°, 8907).

Notas:

- **Mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.012, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.**
- **En artículo 2°, sesión N° 8921 del 10-8-17, la JD acogió la propuesta del Director Barrantes Muñoz y solicitó a la Auditoría el estudio pertinente.**

- **Por medio del correo electrónico del 1-9-17, la Lida. Ana María Coto Jiménez, Asesora Gerencia Médica, informa que este asunto será presentado en la segunda setiembre de setiembre del año 2017.**
- **Mediante el oficio Nº 53825 del 21-9-17 el señor Auditor se dirige a la Gerente Médico y le remite la información recopilada por la Auditoría en atención a lo acordado en el art. 2º, sesión Nº 8921 y plantea las recomendaciones pertinentes.**

6.2 Que la Gerencia Médica presente a la Junta Directiva, en un plazo no mayor de un mes, un informe con el detalle de todas las investigaciones biomédicas realizadas en la CCSS durante los cinco años, que van del 2012 al 2016.

Notas:

- o **Mediante el oficio del 14-9-17, número 53.540, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.**
- o **Por medio el oficio GM-SJD-29995-2017, fechado 5 de octubre de 2017 la Gerencia Médica presenta el informe; tema incluido en la agenda de la sesión del 12-10-17.**

7) Presentación de informe actuarial del SEM (Seguro de Salud) atendiendo las observaciones planteadas en la Junta Directiva, a efecto de valorar sostenibilidad financiera institucional, según lo resuelto por la Junta Directiva.

Nota: mediante el oficio del 4-7-17, Nº 53.017, la Secretaria Junta Directiva solicita al Gerente Financiero atender este asunto.

En el artículo 4º de la sesión número 8923 del 24-8-17 se reiteró la solicitud a la Dirección Actuarial y se le pidió que en 15 días presente el informe a la Junta Directiva.

8) Se reitera solicitud presentación, por parte de la Gerencia Médica, del estudio solicitado por la Junta Directiva, en cuanto al aprovechamiento de capacidad instalada en unidades hospitalarias de la Caja Costarricense de Seguro Social, a efecto de precisar estrategias y acciones sostenibles para disminución y adecuado manejo de las listas de espera.

Notas:

- **Mediante el oficio del 4-7-17, Nº 53.013, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.**
- **Por medio del correo electrónico del 1-9-17, la Lida. Ana María Coto Jiménez, Asesora Gerencia Médica, informa que este asunto será presentado en la segunda de setiembre del año 2017.**

9) Que la Gerente Médica presente a la Junta Directiva, en un plazo de 22 días, la evaluación detallada de los resultados e impacto de todas los proyectos de jornadas extraordinarias presentadas por esa Gerencia, aprobadas por la Junta Directiva para diversas unidades médicas hospitalarias para disminuir listas de espera quirúrgicas y la relación de costo beneficio de los resultados.

Nota: mediante el oficio del 14-9-17, número 53.541 la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.

- 10) Solicitar a la Gerencia Financiera el informe pedido en el oficio N°60.649 de fecha 10 de octubre de 2016: informe general sobre situación actual de adeudos del Estado con la CCSS, considerando la situación del crédito con el Banco y propuestas de estrategias de cobro y recuperación de los ítemes adeudados.

Nota: mediante el oficio del 4-7-17, N° 53.014, la Secretaria Junta Directiva solicita al Gerente Financiero atender este asunto.

- 11) Solicitar a la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, en seguimiento del oficio TIC-0696-2016, la presentación a la Junta Directiva en un plazo no mayor de 15 días, de un informe de gestión de la Dirección de Tecnologías de Información sobre el avance del Proyecto de Gobernanza y Gestión de las TIC.

Notas:

- **Mediante el oficio del 4-7-17, N° 53.016, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente de Infraestructura y Tecnologías atender este asunto.**
- **Se presenta el oficio N° GIT-8139-2017 del 1-08-2017 que, contiene el informe de avance del proyecto citado.**

- 12) **Oficios números ETAH-024-6-17 del 26-6-17-7-17 y ETAH-041-09-17 del 07-09-17:** informes remitidos por el Dr. Francisco Cubillo, Coordinador del ETAH (Equipo técnico de apoyo hospitalario); **situación actual del ETAH;** el Dr. Cubillo Martínez y el Lic. José Vicente Arguedas Mora se jubilan el 29-9-17.

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

- b.1 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.2 Modelo de Servicio.

- b.3 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.

Anotaciones:

- El Director Gutiérrez Jiménez reitera el apoyo y hace suyas las solicitudes del Director Barrantes Muñoz que se consignan en los puntos 1, 3, 4, 7, 8 y 10. En el caso del apartado 9), referente al *informe general sobre situación actual de adeudos del Estado con la CCSS, considerando la situación del crédito con el Banco y propuestas de estrategias de cobro y recuperación de los ítemes adeudados*, solicita

que se adicione las deudas por superávit de las empresas del Estado relacionadas con el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.

- Por medio del oficio N° 53.111 del 31-7-17, la Sría. de Junta Directiva solicita al Gerente de Pensiones la atención de lo gestionado en cuanto a artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.

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.

Moción N° 2:

Informe de la Gerencia de Logística y de la Auditoría, en relación con inventarios en Almacén General.

Nota: en el capítulo de la Gerencia de Logística se contempla el informe visible en el oficio N° PE-13671-2017 del 5-07-17: anexa nota N° GL-45.559-2017/DABS-01144-2017/ALDI-4364-2017 del 29-06-2017: que contiene el resumen ejecutivo, en función a la justificación de inventarios de la Unidad Programática 1144 Área Almacenamiento y Distribución (ALDI).

D) Planteamiento Director Loría Chaves:

- d.1.** Clasificación del Área de Salud de Goicoechea 2, en resguardo de los acuerdos de Junta Directiva.
- d.2.** Conocimiento del protocolo de readaptación laboral aprobado por la Gerencia y sus impactos.
- d.3** Revisión del artículo 9° de la sesión N° 6527 del 6 de octubre de 1988, que otorga beneficios a los instructores del CENDEISSS.
- d.4** Revisión de la política para establecer la razonabilidad de precios.

Anotación:

- i)** En el artículo 5° de la sesión N° 8896 del 23-3-17, se solicitó a todas las Gerencias bajo la coordinación de la Gerencia de Logística una revisión del asunto, en razón de planteamientos recibidos por parte de organizaciones y grupos trabajadores de la CCSS; ya se hizo recordatorio a Gerencia Logística sobre el particular.
- ii)** En el capítulo de la Gerencia de Logística se contempla el oficio de la Gerencia de Logística N° GL-45.651-2017 del 27-07-2017, que contiene el informe en relación con la Metodología para la Elaboración de Estudios de Razonabilidad de Precios en Procedimiento de Compra que tramita la CCSS.

E) Puestos confianza Junta Directiva.

**ASUNTOS QUE SE PROPONE REPROGRAMAR PARA LA
SESIÓN DEL 26 DE OCTUBRE DEL AÑO 2017**

1) GERENCIA ADMINISTRATIVA: *asuntos para decisión:*

Asuntos informativos:

- a) **Oficio N° GA-42490-2017**, de fecha 5 de setiembre de 2017: **informe de avances en los proyectos incluidos en la cartera “Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria”.**
- b) **Oficio N° GA-42564-2017**, del 20 de setiembre de 2017: **informe asignación, utilización y estado de las ambulancias** (14°, 8926).
- c) **Oficio N° GA-42098-2017**, de fecha 27 de junio de 2017: **certificación otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la iniciativa Global EMT que clasifica al Equipo Médico de Emergencias de la CCSS como EMT nivel uno**; EMT (Equipo Médico de Emergencia). **Presentación.**
- d) **Oficio N° GA-42409-2017**, de fecha 23 de agosto de 2017: atención artículo 30°, sesión N° 8878 del 8-12-2016: **informe en relación con la puesta en marcha de la propuesta introducción de “Mecanismos alternos al procedimiento administrativo y disciplinario y/o patrimonial tramitados en la CCSS”.**

Asuntos para decisión:

- e) **Gerencia Administrativa y Financiera: oficio N° GF-0876-2017/GA-42487-2017**, de fecha 4 de setiembre de 2017: atención artículo 6°, sesión N° 8890 del 23-02-2017: informe - análisis plus salarial de representación judicial, origen e implicaciones (ejercicio de la labor de representación judicial sin límite de suma de los abogados que son funcionarios de la CCSS).
- f) **Oficio N° GA-42147-2017**, de fecha 4 de julio de 2017: **propuesta e informe de actualización y seguimiento sobre medidas cautelares en curso –separación del cargo con goce de salario en procedimientos administrativos –debidos procesos-** (se atiende art. 11°, sesión N° 8840; el asunto se origina en solicitud hecha por Sindicato Nacional de Administradores de Servicios de Salud del Seguro Social /SINASSASS/; ya se le dio respuesta).

2) GERENCIA DE LOGÍSTICA.

a) Asuntos Informativos:

- a.1 **Oficio N° GL-45.559-2017/DABS-01144-2017/ALDI-4364-2017 del 29-06-2017:** contiene resumen ejecutivo, en función de la **justificación de inventarios de la**

Unidad Programática 1144 Área Almacenamiento y Distribución (ALDI), que es trasladada a la Junta Directiva por medio de la nota N° PE-13671-2017 del 5-07-17, firmada por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva. **Se atiende la solicitud del Director Devandas Brenes.**

- a.2 **Oficio N° 53202**, del 6 de julio de 2017, firmado por el Auditor Interno, sobre los **hechos relacionados al Inventario y Suministros y Medicamentos 2016 a nivel institucional, así como la justificación de las diferentes (faltantes y sobrantes) de algunas bodegas del Área de Almacenamiento y Distribución.**
- a.3 **UNDECA (Unión Nacional Empleados CCSS)**: oficio N° SG-900-2017, del 9-8-17, firmado Srío. Gral.: solicita se le informe sobre denuncia presunta pérdida millonaria por faltante medicamentos.
- a.4 **Oficio N° GL-45.651-2017**, de fecha 27 de julio de 2017: informe relacionado con la **“Metodología para la elaboración de Estudios de Razonabilidad de Precios en Procedimientos de Compra que tramita la CCSS”** (se atiende lo solicitado en el art. 5°, sesión N° 8896, así como la solicitud del Director Loría Chaves -punto d.4-).
- a.5 **Oficio N° GL-45.366-2017**, fechado 18-5-2017: atención artículo 21°, sesión N° 8809 del 05-11-2015: informe en relación con las **causas por las que se debió recurrir a la modificación contractual, en el caso del renglón uno (01) de la licitación pública N° 2010LN-000005-1142: adquisición de pruebas efectivas automatizadas para la identificación de microorganismos y de sensibilidad a los antibióticos (PSA) controles (cepas ATCC) e insumos, código 2-88-16-0225.**
- a.6 **Oficio N° GL-45.426-2017**, de fecha 14 de junio de 2017: informe en relación con el **consumo del catéter intravenoso número 22 G x 2.54 cm., código 2-03-01-0997** (art. 13°, Ses. N° 8849).
- a.7 **Oficio N° GL-45.511-2017**, de fecha 4 de julio de 2017: informe sobre el **análisis del proyecto de la UNOPS denominado “Evaluación independiente de eficiencia en la contratación pública para la CCSS”**; solicitado en el artículo 17°, sesión N° 8841.
- a.8 **Oficio N° GL-45.465-2017** de fecha 1° de agosto de 2017: atención artículo 29°, sesión N° 8901 del 27-04-2017: **informe sobre situación actual del Área de Laboratorio Óptico**; limitación espacio físico y recurso humano.
- b) **Para decisión: oficio N° GL-45.701-2017**, de fecha 7 de agosto de 2017: **propuesta reforma “Modelo de distribución de competencias en Contratación Administrativa y Facultades de adjudicación de la CCSS”, según se detalla:**
- Modificar los artículos 1, 2, 4 y 5 y establecer un Transitorio I.
 - En caso de requerirse modificaciones al citado MODICO (Modelo de Distribución de Competencias) respecto nomenclaturas u otros de carácter formal producto del proceso de reestructuración del nivel central, se delega en

el Área de Regulación y Evaluación la modificación de los nombres respectivos.

3) GERENCIA DE PENSIONES:

a) **Para decisión:** se presentan en atención a: disposición 4.1, inciso a) informe de la Contraloría DFOE-SOC-35-2008; artículo 2º, Acuerdo primero, sesión N° 8288 y artículo 23º, sesión N° 8245:

a.1 N° GP-51313-2017 del 4-8-17: **Estados financieros auditados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de diciembre del 2016.**

a.2 N° GP-51314-2017 del 4-8-17: **Estados financieros auditados del Régimen no Contributivo de Pensiones al 31 de diciembre del 2016.**

b) **Asuntos informativos:**

b.1 **Oficio N° GP-51.244-2017 del 7-8-17: Informe de las inversiones** del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte correspondiente al II Trimestre del 2017; se presenta según lo dispuesto en el artículo 8º, inciso d) del Reglamento para la Inversión de las Reservas del Seguro de IVM.

b.2 **Oficio N°GP-52426-2017 del 27 de setiembre del 2017: Informe Perfil de Pensiones por Invalidez que se están concediendo en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte** (artículo 16º, sesión N° 8908).

4) GERENCIA MÉDICA: asuntos informativos:

a.1) **Oficio N° GM-SJD-20608-2017**, de fecha 31 de marzo de 2017: **presentación Informe Programa de trasplante hepático y cirugía hepatobiliar.**

a.2) **Oficio N° GM-SJD-23353-2017**, de fecha 29 de mayo de 2017: **informe avances estrategia de la Patología Cardiovascular.**

a.3) **Oficio N° GM-SJD-23198-2017**, de fecha 29 de mayo de 2017: atención artículo 10º, sesión N° 8545 *“Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud”*: recomendación R76¹ (R.76): **informe análisis comportamiento de las hospitalizaciones evitables 1997-2016** (23º, 8586).

a.4) **Oficio N° GM-SJD-23814-2017**, de fecha 12 de junio de 2017: **informe de -doble disponibilidad en Neurocirugía de los Hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia** (art. 38º, ses. N° 8549: se dio la autorización para que, a partir del mes en curso y hasta marzo del año 2012, en el caso Neurocirugía, en

¹ R.76. Estimar y divulgar públicamente las estadísticas pertinentes para conocer el desempeño actual de los servicios en materia de enfermedades y mortalidad prevenible.

los Hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia, se realice doble disponibilidad).

- a.5) **Oficio N° GM-SJD-23815-2017**, de fecha 12 de junio de 2017: ***informe de los medicamentos objeto de recursos de amparo*** (art. 21°, ses. N° 8908; se atiende la moción de la Directora Alfaro Murillo).
- a.6) **Oficio N° GM-SJD-23816-2017**, de fecha 12 de junio de 2017: ***informe sobre los avances institucionales relacionados con la Fertilización in Vitro.***
- a.7) **Oficio N° GM-SJD-23023-2017** de fecha 30 de junio de 2017: atención artículo 4° de la sesión N° 8904 del 11-05-2017: anexa ***cuadro de resumen de cada uno de los asuntos a los cuales la Junta Directiva solicitó dar atención y las acciones desarrolladas en cada caso.***
- a.8) **Oficio N° GM-SJD-27051-2017** de fecha 8 de agosto de 2017: atención de lo acordado en el artículo 22°, sesión N° 8888 del 16-02-2017: ***informe respecto del mamógrafo del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes.***
- a.9) ***Oficio N°GM-SJD-29995-2017, de fecha 05 de octubre de 2017:*** Informe Investigaciones Biomédicas realizadas en la CCSS durante los años 2012 al 2016. *Se distribuye para estudio y conocimiento en la próxima sesión (información solicitada por el Director Barrantes Muñoz).*
- a.10) ***Oficio N°GM-SJD-29993-2017 de fecha 04 de octubre del 2017: revisión Anual de la vigencia de las áreas establecidas como prioritarias. (Art. 22, Sesión N° 8709, celebrada el 03-04-2014).***

5) GERENCIA FINANCIERA: para decisión:

Asuntos informativos:

- a) **Oficio N° GF-3102-2017**, de fecha 29 de agosto de 2017: Gerencia Financiera, Gerencia de Pensiones y Dirección Jurídica: informe sobre el procedimiento de pago de la pensión complementaria del ***Fondo de Retiro (FRE)***; se complementa con la nota de la Dirección Jurídica N° DJ-5017-2017 (***art. 15°, Ses. N° 8922 del 17-8-17.***)
- b) **Oficio N° GF-2923-2017**, de fecha 8 de agosto de 2017: ***informe de morosidad patronal, trabajador independiente y Estado al II trimestre-2017.***

Asunto para decisión:

- c) **Oficio N° GF-1779-2017**, del 26 de mayo de 2017: presentación a cargo de la firma Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos (Auditoría Externa) de los ***Estados Financieros Auditados al 31 de diciembre del 2016.***

6) **GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS:****Asuntos para decisión:**

- a) **Oficio N° GIT-8289-2017** del 18 de agosto de 2017: atención artículo 26°, acuerdo segundo de la sesión N° 8844: ***análisis sobre viabilidad de adquirir equipo médico por medio de leasing.***
- b) **Oficio N° GIT-8394-2017**, fechado 16 de agosto de 2017: presentación segundo informe estado de avance ***Proyecto Fortalecimiento de la Arquitectura de la Plataforma Tecnológica Institucional (Centro de Datos).***
- c) **Oficio N° GIT-8139-2017** del 1° de agosto de 2017: ***informe de avance del Proyecto de Gobernanza y Gestión de las Tecnologías de Información y Comunicaciones en la CCSS. Se atiende solicitud del Director Barrantes Muñoz, punto 11.***
- d) **Oficio N° GIT-8661-2017** de fecha 18 de setiembre de 2017: atención artículo 6°, sesión N° 8926 del 14-09-17: informe de ***avance proceso de donación de inmueble del Ministerio de Salud a la Caja, ubicado en la Comunidad de Quiriman de Nicoya.***
- e) **Oficio N° GIT-8792-2017**, de fecha 3 de octubre de 2017: informe resultado ***evaluación de viviendas (utilizadas por cada Centro de Salud) propiedad de la CCSS, así como la ubicación, descripción del uso y estudios de condiciones físicas de cada inmueble (27°, 8617).***
- f) **Oficio GIT-8822-2017**, de fecha 06 de octubre del 2017. ***Componente 1 Plan de Implementación y Ejecución Integral del Proyecto de Reforzamiento Estructural del Edificio Laureano Echandi, (art.6°, Ses. N° 8906).***

7) **PROYECTO DE REESTRUCTURACIÓN ORGANIZACIONAL DEL NIVEL CENTRAL:**

Oficio N° GA-42549-2017 del 14-9-17, firmado por Gerente Administrativo: contratación de servicios de consultoría entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la *empresa Ernst & Young, Proyecto de reestructuración organizacional del Nivel Central, según lo solicitado en la sesión N° 8926 del 14-9-17.*

8) **PROYECTOS DE LEY EN CONSULTA: se externa criterio****A) Gerencia Administrativa:**

- 1) **Externa criterio en oficio N° GA-41818-2017 del 11-05-2017: Expediente N° 19.355, Proyecto “LEY PARA REGULAR EL TELETRABAJO”.** Se traslada a Junta Directiva por medio la nota N° PE-13087-2017, fechada 28-4-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación N° ECO-523-2017, que firma la

Jefe de Área de la Comisión Permanente Ordinaria de Asuntos Económicos de la Asamblea Legislativa.

- 2) **Externa criterio en oficio N° GA-41990-2017 del 15-06-2017: Expediente N° 19.926, Proyecto de Ley “REFORMA PARCIAL AL ARTÍCULO 40 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-13339-2017, fechada 31-5-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 30-5-17, N° AL-CPAS-154-2017, que firma la Lida. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. *Se solicitó criterio unificado a las Gerencias Médica y Administrativa, que coordina lo correspondiente y debe remitir el criterio unificado.*
- 3) **Externa criterio en oficio N° GA-42205-2017 del 17-07-2017: Expediente N° 19.099, Proyecto “LEY PARA LA LIBERTAD RELIGIOSA Y DE CULTO”.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-13343-2017, fechada 31-5-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 31-5-17, N° CG-008-2017, que firma la Licda. Ericka Ugalde Camacho, Jefa de Área, Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.
- 4) **Externa criterio en oficio N° GA-42199-2017 del 17-07-2017: Expediente N° 20.349 Proyecto ley reguladora del pago por restricción al ejercicio liberal de la profesión en el Sector público.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° P.E.13683-2017, del 6-7-17, que firma la Licda. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: anexa copia de la comunicación del 5-7-17, N° AL-CPAS-230-2017, que suscribe Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.
- 5) **Externa criterio en oficio N° GA-42473-2017 del 8-09-2017: Expediente N° 20.361, Proyecto ley de acceso a la información pública.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-14160-2017, fechada 24-8-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la Sra. Nancy Vílchez Obando, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia, Tecnología y Educación de la Asamblea Legislativa.
- 6) **Externa criterio: en oficio N° GA-42632 del 03-10-2017: Expediente N° 20.471, Proyecto Ley Creación del Sistema Emergencia 9 1 I.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-14456-2017, del 19-9-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la Lida. Ericka Ugalde Camacho, Jefe de Área Comisiones Legislativas III, de la Asamblea Legislativa.

B) Gerencia de Logística:

- i. **Externa criterio oficio N° GL-45.438-2017 del 5-06-17, Expediente N° 20.291, Proyecto “LEY DE CREACIÓN DE LA AGENCIA COSTARRICENSE PARA LA CALIDAD Y EXCELENCIA EN SALUD (ACCESA)”.** Se traslada por medio de la nota N° PE-13042-2017, fechada 25-4-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 25-4-17, N° ECO-517-

2017, que firma la Licda. Nancy Vilchez Obando, Jefe de Área de la Comisión Permanente Ordinaria de Asuntos Económicos de la Asamblea Legislativa. *Se solicitó criterio a las Gerencias Infraestructura y Tecnologías, Médica y Logística, que coordina y debe remitir el criterio unificado. En oficio N° GL-45.438-2017 del 5-06-17, externa criterio.*

- ii. **Externa criterio** oficio N° GL-45.439-2017 del 5-06-17, emite criterio: ***Expediente 20.202, Proyecto “LEY SOBRE EL REFRENDO DE LAS CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA”***. Se traslada a la Secretaría de Junta Directiva por medio de la nota N° PE-13146-2017, fechada 9-5-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 9-5-17, N° AL-19223-OFI-0123-2017, que firma la Lida. Silvia María Jiménez Jiménez, Encargada de la Comisión, Comisión Especial de Reformas al Sistema Político, Constitucional, Legislativo y Electoral del Estado de la Asamblea Legislativa. *En oficio N° GL-45.439-2017 del 5-06-17, emite criterio.*

C) Gerencia Médica:

- i. **Externa criterio** oficio N° GM-SJD-23927-2017 del 12-06-17: ***Expediente N° 18.330, Proyecto “LEY NACIONAL DE SANGRE”***. Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12791-2017, fechada 22-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 22-3-17, N° AL-CPAS-052-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa (*Art-10°, ac.-III, Ses. 8903*). La Comisión Legislativa informó que no concede más prórrogas. *Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-23927-2017 del 12-6-17.*
- ii. **Externa criterio** oficio N° GM-SJD-23931-2017 del 12-06-17: ***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”***. 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 Lida. Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-23931-2017 del 12-6-17.*
- iii. **Externa criterio** oficio N° GM-SJD-23930-2017 del 12-06-17: ***Expediente N° 19.243, texto actualizado del Proyecto de Ley “Reforma Integral a la Ley General del VIH”***. Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12217-2017, fechada 24-01-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 23-1-17, N° DH-159-2017, que firma la Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.
- iv. **Externa criterio** oficio N° GM-SJD-23929-2017 del 12-06-17: ***Expediente N° 20.174, Proyecto de Ley, “LEY MARCO PARA PREVENIR Y SANCIONAR***

TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN, RACISMO E INTOLERANCIA". Se traslada a la Junta Directiva mediante la nota N° PE-12762-2017, fechada 20-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 20-3-17, N° DH-190-2017, que firma la Lida. Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área, Comisión de Derechos de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-23929-2017 del 12-6-17.*

- v. **Externa criterio oficio N° GM-SJD-26369-2017 del 26-07-2017: Expediente N° 20.247, Proyecto "LEY PARA GARANTIZAR EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO, LA NIÑA Y EL ADOLESCENTE EN EL CUIDADO DE LA PERSONA MENOR DE EDAD GRAVEMENTE ENFERMA**". Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-13822-2017, fechada 20-7-17, que firma la Licda. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia de la comunicación del 20-7-17, N° AL-DSDI-OFI-0138-2017, que firma el Lic. Edel Reales Noboa, Director a.i. de la Secretaria del Directorio de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-26369-2017.*

- vi. **Externa criterio oficio N° GM-SJD-27466-2017 del 18-08-2017: Expediente N° 19.438, Proyecto ley que penaliza el abandono de las personas adultas mayores.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° P.E.13659-2017, del 4-7-17, que firma la Licda. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: anexa copia de la comunicación del 4-7-17, N° CG-064-2017, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-27466-2017.*

- vii. **Externa criterio Oficio N°GM-SJD-30336-2017 del 11-10-2017: Expediente N° 20.356, Proyecto ley de derechos y garantías a la atención por salud reproductiva y responsabilidad ética y profesional de los profesionales en salud, reforma a la Ley General de Salud y Leyes Conexas.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° P.E.13640-2017, del 3-7-17, que firma la Licda. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: anexa copia de la comunicación del 30-6-17, N° CG-059-2017, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-30.336-2017.*

D) GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS:

- i. **Externa criterio oficio N° GIT-8465-2017 del 24-08-2017: Expediente N° 20.315, PROYECTO DE LEY, REFORMA INTEGRAL A LA LEY N°7447, DEL 13 DE DICIEMBRE DE 1994 REGULACIÓN DEL USO RACIONAL DE LA ENERGÍA**". Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-13824-2017, fechada 20-7-17, suscrita por la Licda. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 20-7-17, N° AMB-158-2017, que firma la Sra. Hannia Durán Barquero, Jefe Área Comisiones Legislativas IV de la Asamblea Legislativa. *Se solicitó criterio a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, quien coordina lo correspondiente y debe remitir el criterio unificado. Externa criterio oficio N° GIT-8465-2017 del 24-08-2017:*

- ii. **Externa criterio oficio N° GIT-8518-2017 del 1°-09-2017: Expediente N° 20.194, PROYECTO DE LEY, LEY DE AUTOGENERACIÓN ELÉCTRICA CON FUENTES RENOVABLES**”. Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-13825-2017, fechada 20-7-17, suscrita por la Licda. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 20-7-17, N° AMB-157-2017, que firma la Sra. Hannia Durán Barquero, Jefe Área Comisiones Legislativas IV de la Asamblea Legislativa. *Se solicitó criterio a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, quien coordina y debe remitir el criterio unificado.* Se externa criterio en oficio N GIT-8518-2017.
- iii. **Externa criterio oficio N° GIT-8748-2017 del 28-09-2017: Expediente N° 20.359, Proyecto ley autorización a la Caja Costarricense de Seguro Social para permutar un terreno con la Asociación de Desarrollo Integral de Nicoya Centro.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-14510-2017, fechada 21-09-17, suscrita por la Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 21-09-17, N° CG-149-2017, que firma la Lida. Erika Ugalde Camacho, Jefa de Área de Comisiones Legislativas III, de la Asamblea Legislativa.

E) Gerencia de Pensiones:

- i. **Externa criterio en oficio N° GP-50598-2017 del 6-07-2017: Expediente N° 19.401, Proyecto ley adición de un Transitorio XVIII a la Ley 7983 del 16 de febrero del 2000 y sus reformas.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-13611-2017, fechada 30-5-17, suscrita por la Asesora de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 27-5-17, N° AL-COPAS-189-2017, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio en oficio N° GP-50598-2017 del 6-07-2017*
- ii. **Externa criterio en oficio N° GP-50920-2017 del 20-07-2017: Expediente 20.368, Proyecto ley de creación de las becas de formación profesional para el desarrollo.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° P.E.13702-2017, del 7-7-17, que firma la Lida. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: anexa copia de la comunicación del 6-7-17, N° AL-CPAS-280-2017, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio en oficio N° GP-50920-2017 del 20-07-2017*
- iii. **Externa criterio oficio N° GP-51253-2017 del 1°-08-2017: Expediente N° 20.365, Proyecto ley para desincentivar el consumo de productos ultraprocesados y fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-13823-2017, fechada 20-7-17, suscrita por la Licda. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 20-7-17, N° AL-CPJN-278-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Área de Comisiones Legislativas II de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio oficio N° GP-51253-2017 del 1°-08-2017*

F) Gerencia Financiera:

- i. **Externa criterio oficio N° GF-2993-2017 del 14-08-2017: Expediente N° 20.340, Proyecto ley para desarrollar el Hospital Nacional de Trasplantes, mediante un fideicomiso.** Se traslada a Junta Directiva la nota N° PE-13936-2017, fechada 1-8-17, suscrita por el Lic. Felipe Antonio Armijo Losilla, Asesor de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la señora Guiselle Hernández Aguilar, Jefe Área Comisiones Legislativas III de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias de Infraestructura y Tecnologías, Médica y Financiera, que coordina lo correspondiente y debe remitir el criterio unificado. *Asimismo, se deja constancia de que la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora General del Hospital San Juan de Dios, traslada a Junta Directiva, mediante correo electrónico el oficio N° CG-080-2017 del 1° de agosto del año en curso. La Comisión Legislativa concede un plazo de ocho días hábiles para responder. Se externa criterio oficio N° GF-2993-2017 del 14-08-2017*
- ii. **Externa criterio oficio N° GF-3260-2017 del 6-09-2017: Expediente N° 20.400, Proyecto ley reforma artículos 1, 2, 4, 10, 12, 14 y 16, adición Capítulo IV y Transitorio a la Ley de determinación de beneficios sociales y económicos para la población afectada por el DBCP, Ley N° 8130, y sus reformas”.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-14211-2017, fechada 30-8-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la Licda. Maureen Chacón Segura, Jefe de Área a.i. de las Comisiones Legislativas II de la Asamblea Legislativa. *Se externa criterio oficio N° GF-3260-2017 del 6-09-2017*

SOLICITUD DE PRÓRROGA PROYECTOS DE LEY EN CONSULTA:**I) Gerencia Administrativa:**

- a) **Solicita prórroga Expediente N° 20.426, Proyecto Ley objeción de conciencia.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-14335-2017, fechada 7 de setiembre en curso, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la Licda. Maureen Chacón Segura, Jefe a.i., Área de Comisiones Legislativas II de la Asamblea Legislativa. *Oficio N° GA-42533-2017 del 12-09-2017, solicita prórroga 10 días hábiles más para responder*
- b) **Se solicitó criterio: Expediente N° 19.959, Proyecto Ley desarrollo regional de Costa Rica.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-14472-2017, del 20-9-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 19-9-17, N° CER-165-2017, que firma la Licda. Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área de la Comisión Mixta Especial de Desarrollo Regional de Costa Rica, de la Asamblea Legislativa.

II) Gerencia Médica:

- a) **Expediente N° 20.145, Proyecto “LEY PARA SALVAGUARDAR EL DERECHO A LA SALUD DE LOS ASEGURADOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL**

SEGURO SOCIAL". Se traslada a la Junta Directiva mediante la nota N° PE-13338-2017, fechada 31-5-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 30-5-17, N° AL-CPAS-134-2017, que firma la Jefa de Área Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. *La Comisión Legislativa concede un plazo de ocho días hábiles para responder y comunica que ha dispuesto que no se concederán prórrogas. Solicita prórroga 15 días hábiles más para responder en oficio N° GM-SJD-26617-2017 del 31-07-2017.*

- b) Expediente N° 19.307, Proyecto ley reforma a la Ley de armas y explosivos, Ley número 7530, publicada en La Gaceta N° 159 del 23 de agosto de 1995.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-13886-2017, fechada 28-7-17, suscrita por la Licda. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 27-7-17, N° AL-CPJN-OFI-0335-2017, que firma la Lida. Nery Agüero Cordero, Jefa de Área, Área de Comisiones Legislativas VII de la Asamblea Legislativa. *Solicita prórroga 15 días hábiles más para responder en oficio N° GM-SJD-26616-2017 del 31-07-2017.*
- c) Expediente N° 20.235, Proyecto ley atención de las personas con enfermedad mental en conflicto con la Ley.** Se traslada a la Junta Directiva mediante la nota N° PE-13998-2017, fechada 8-8-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la Lida. Nery Agüero Montero, Jefe Área Comisiones Legislativas VII de la Asamblea Legislativa. *Solicita prórroga 15 días hábiles más para responder en oficio N° GM-SJD-27207-2017 del 10-08-2017.*
- d) Expediente N° 20.404, Proyecto ley del Sistema de Estadística Nacional.** Se traslada a la Junta Directiva por medio la nota N° PE-14272-2017, del 4-9-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la Licda. Nancy Vilchez Obando, Jefe de Área de la Comisión Permanente Ordinaria de Asuntos Económicos de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado las Gerencias Financiera, de Pensiones y Médica, que coordina y debe remitir el criterio unificado. *Solicita prórroga 15 días hábiles más para responder en oficio N° GM-SJD-28612-2017 del 06-09-2017.*
- e) Expediente N° 20.470, Proyecto Ley Orgánica del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica.** Se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota N° PE-14457-2017, del 19-9-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la Lida. Ericka Ugalde Camacho, Jefe de Área Comisiones Legislativas III, de la Asamblea Legislativa. *Solicita prórroga 15 días hábiles más para responder en oficio N° GM-SJD-29632-2017 del 25-09-2017.*
- f) Expediente N° 20.434, Proyecto Ley de reforma al artículo 46 de la Ley de donación y transplante de órganos y tejidos humanos, Ley N° 9222 del 13 de marzo del 2014.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-14474-2017, del 20-9-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 19-9-17, N° DH-258-2017, que firma la Lida. Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos

Humanos de la Asamblea Legislativa. *Solicita prórroga 15 días hábiles más para responder en oficio N° GM-SJD-29636-2017 del 25-09-2017.*

- g) Expediente N° 20.421, Proyecto ley creación del Consejo Nacional de Cáncer.** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-14499-2017, fechada 21-9-17, suscrita por la Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 20-9-17, N° CG-144-2017, que firma la Lida. Erika Ugalde Camacho, Jefa de Área de Comisiones Legislativas III, de la Asamblea Legislativa. *Se deja constancia de que la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora General del Hospital San Juan de Dios, traslada a Junta Directiva, mediante correo electrónico el oficio N° CG-144-2017 del 20 de setiembre del año en curso. Solicita prórroga 15 días hábiles más para responder en oficio N° GM-SJD-29629-2017 del 25-09-2017.*
- h) Se solicitó criterio: Expediente N° 20499, Proyecto ley declaración de los cantones de Nicoya, Hojancha, Nandayure y de los Distritos Administrativos de Cóbano, Lepanto, Paquera y las Islas del Golfo como zona especial longenvidad.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-14618-2017, fechada 4-10-17, suscrita por la Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 3-10-17, N° A-CPAS-683-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefe de Área, Área de Comisiones Legislativas II de la Asamblea Legislativa. *Solicita prórroga 15 días hábiles más para responder oficio...*

III) Gerencia Financiera:

- a) Solicita prórroga ocho días hábiles más para responder en oficio N° GF-3150-2017 del 29-08-17: Expediente N° 20.429, Proyecto Ley reforma de los artículos 33, 78, 80, 91, 164 y 170 de la Ley General de Migración y Extranjería, número 8764 del 19 de agosto del año 2009.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-14162-2017, fechada 24-8-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la Licda. Ericka Ugalde Camacho, Jefe de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.
- b) Solicita prórroga ocho días hábiles más para responder en oficio N° GF-3290-2017 del 11-09-17: Expediente N° 19.703, Proyecto ley delitos contra los trabajadores, adición de un Título XVIII al Código Penal, Ley N° 4573 del 4 de mayo de 1970 y sus reformas (texto base).** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-14337-2017, del 7-9-17, suscrita por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Directora de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación que firma la Lida. Nery Agüero Montero, Jefe a.i., Área de Comisiones Legislativas VII, Comisión Especial de Seguridad y Narcotráfico de la Asamblea Legislativa.

ANEXO I

Para decisión: dictámenes referentes a apelaciones patrono que contienen el análisis, la recomendación y la propuesta de acuerdo de la Comisión Asesora de Cierre de Negocios:

A) Oficios de fecha 30 de agosto del 2017:

- 1) **Oficio N° GF-3188-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono GERMAN ARAYA SÁNCHEZ.
- 2) **Oficio N° GF-3189-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono FUNDACION COLEGIO BILINGÜE INTERNACIONAL.
- 3) **Oficio N° GF-3190-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono SERVICIO AUTOMOTRIZ PEDRO VARGAS Y ASOCIADOS S.A.
- 4) **Oficio N° GF-3191-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y prescripción patrono CENTRO ESBELTA LIMITADA.
- 5) **Oficio N° GF-3192-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono DISTRIBUIDORA DE MOBILIDARIO Y EQUIPO BRENES Y UMAÑA S.A.
- 6) **Oficio N° GF-3193-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación nulidad patrono DISTRIBUIDORA RASCALA LIMITADA.
- 7) **Oficio N° GF-3194-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono PROCESADORA DE CARNES SAN JOSE PCSJ S.A.
- 8) **Oficio N° GF-3195-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono UP SERVICES COSTA RICA S.A.
- 9) **Oficio N° GF-3196-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono CENTRAL HELADERA DIAZ S.A.
- 10) **Oficio N° GF-3197-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono COLEGIO BOSTON DE NEGOCIOS S.A.
- 11) **Oficio N° GF-3198-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono COLEGIO BOSTON DE BELÉN S.A.
- 12) **Oficio N° GF-3199-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono COLEGIO BOSTON DE ALAJUELA S.A.
- 13) **Oficio N° GF-3200-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono COMERCIALIZADORA DEL ORO DELO S.A.
- 14) **Oficio N° GF-3201-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono CORPORACION ANDREA DE CENTRO AMÉRICA S.A.
- 15) **Oficio N° GF-3202-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono GENERACIÓN BOSTON S.A.

- 16) **Oficio N° GF-3203-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono INVERSIONES DE LA FUENTE VÍQUEZ S.A.
- 17) **Oficio N° GF-3204-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono JOSE LUIS CHAVARRIA VARGAS.
- 18) **Oficio N° GF-3205-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono MUEBLES MODULARES ALBERTY S.A.
- 19) **Oficio N° GF-3206-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono SERVICIOS DE PANIFICACIÓN EL TRÉBOL S.A.

b) *Oficios de fecha 20 de setiembre del 2017:*

- 20) **Oficio N° GF-3372-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono RICAMAR DEL GOLFO S.A.
- 21) **Oficio N° GF-3373-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN S.A.
- 22) **Oficio N° GF-3374-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN EL TRÉBOL S.A.
- 23) **Oficio N° GF-3375-2017:** dictamen en cuanto al recurso y nulidad patrono COLEGIOS SUPERIORES DE COSTA RICA SANTA CECILIA S.A.
- 24) **Oficio N° GF-3377-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono INDUSTRIAS BRAVO METROPOLITANAS A C C S.A.
- 25) **Oficio N° GF-3378-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono VILLEGAS Y ROBLES DE LA FORTUNA S.A.
- 26) **Oficio N° GF-3379-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación e incidente por actividad procesal defectuosa y la excepción de prescripción patrono IMPRENTA LITOGRAFÍA FAROGA S.A.
- 27) **Oficio N° GF-3380-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO FORESTALES S.A.
- 28) **Oficio N° GF-3381-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono SPRING POSTAL S.A.
- 29) **Oficio N° GF-3382-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono TECNOCONSULT S.A.
- 30) **Oficio N° GF-3383-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono PORTO FIORE S.A.

31)Oficio N° GF-3384-2017: dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono ASOCIACIÓN CONSEJO PARA LA PROMOCIÓN INTERNACIONAL DE LA MEDICINA DE COSTA RICA PROMED.

32)Oficio N° GF-3385-2017: dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono RESTAURANTE BUFALO S.A.

33)Oficio N° GF-3386-2017: dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono LA MATA DE TABACO S.A.”.

ARTICULO 3°

Se somete a consideración y **se aprueba** el acta de la sesión número 8922.

ARTICULO 4°

Reflexión a cargo de la Directora Soto Hernández.

La licenciada Soto Hernández se refiere al fallecimiento del señor Juan Bautista Mesén Arias (qdDg), quien fue miembro de la Junta Directiva de la Caja del año de 1963 a 1968. Seguidamente, presenta un video relacionado con el señor Juan Bautista Mesén Arias, él fue Director de la Caja en el período 1963 a 1968. Indica que una de las hijas de don Juan Bautista fue su compañera en el Colegio, fueron personas muy sencillas muy humildes, muy capaces y muy inteligentes. Se enteró que don Juan Bautista era Miembro de la Junta Directiva de la Institución en el año 1963. Tuvo la oportunidad de volver a verlo cuando se inauguró la Clínica Dr. Moreno Cañas, repite, pues era Miembro de la Junta Directiva. Él fue el representante de los Agricultores, era un hombre muy sencillo y, sin embargo, se preocupó por aprender inglés autodidacta y así ella lo indicó muy sucintamente, cuando le hicieron un homenaje a los cien años. Don Juan Bautista falleció el lunes a los 104 años. Comenta que hace 15 días tuvo la oportunidad de estar con la hija de don Juan Bautista y le preguntó cómo está él y le contestó “sigue arando la tierra”.

Seguidamente, se presenta un video relacionado con el homenaje que la Asamblea Legislativa hace al señor Mesén Arias, con motivo de cumplir cien años de nacido.

Se guarda un minuto de silencio por el alma del señor Juan Bautista Mesén Arias (qdDg), quien fue miembro de la Junta Directiva de la Caja del año de 1963 a 1968.

ARTICULO 5°

Se toma nota de que, dada la cantidad de asuntos para ser tratados, se reprograma para la sesión extraordinaria programada para el lunes 23 de los corrientes, a las 12 m.d., el capítulo de correspondencia.

ARTICULO 6°

El Director Gutiérrez Jiménez plantea que la votación relacionada con el tema de las jornadas de producción, la votación se realice sin los encargados de hacer la presentación del asunto. Entonces, sugiere que se discuta lo que corresponda y, después, se queden solo los Miembros de Órgano Colegiado para el análisis y discusión del tema.

El señor Presidente Ejecutivo le agradece a don Adolfo que mencione el asunto, pues está de acuerdo. En ese sentido, la primera observación que le hizo a la Gerencia Médica, era por qué tenían que participar tantas personas de los hospitales en la sesión y le indicaron que había sido una solicitud expresa de los Directores y pregunta si es así.

Responde el Lic. Gutiérrez Jiménez responde que sí.

Señala el doctor Llorca Castro que, entonces, la Gerencia Médica lo que está es cumpliendo.

El Director Barrantes Muñoz comenta que en el pasado, se ha dado una situación, en el sentido de que la denominada Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), era la que definía los planes sustituyendo la responsabilidad que tiene el director de unidad y excluyéndolo, incluso, se llegó a un punto en que se planteó en esta Junta Directiva que hacía falta dejarle al Órgano Colegiado, el compromiso y los planes se presenten diseñados, con la participación activa de cada director médico. Fue de ese modo como se plantearon la mayoría de las jornadas de producción que se aprobaron el año pasado. Ese aspecto le permitió a esta Junta Directiva también, observar la enorme disparidad de metodologías que cada centro aplicaba para definir el proyecto, pues existen distintas realidades pero no está definido algún estándar, ni criterio metodológico. Puede haber diferencias pero no que justifiquen, las metodologías de abordaje tan diferentes. Entonces, es la situación que explica y es lo que se quiere aclarar en esta ocasión. La novedad fue la UTLE no fue la que presentó los proyectos, en términos de lo que se hacía o no, fue cada director médico asumiendo su responsabilidad. En esos términos, no es que deba ser así siempre, pero es lo que explica esa situación que se presentó el año pasado.

El doctor Fernando Llorca considera que en general a veces toman decisiones y se discuten temas, estando presentes todos los participantes en la sesión, incluidos los expositores y no son los Miembros de esta Junta Directiva. No obstante, él es el primero que piensa que a este Órgano Colegiado, deben venir a presentar menos personas y, además, sean las indicadas. En ese sentido, que sea la menor cantidad de personas y la presentación sea rápido y, luego, se retiren.

Aclara don Adolfo que don Rolando lleva razón en que no presenten, por ejemplo, 40 personas sino lo que se pretende sean las responsables y le parece que las personas que integran el equipo de trabajo, esperen afuera y si se necesita un técnico se le convoca. Entonces, si se tiene que hacer alguna pregunta que ingrese, pero le preocupa porque en la sesión a veces hay una cantidad significativa de personas participando. Él se pregunta para qué están aquí, en lugar de estar en los hospitales, ese aspecto como punto uno. Segundo, concuerda con don Fernando en que hay momentos en que se quiere generar una discusión, pero no es posible, por ejemplo, hay que indicar que el modelo no les satisface, pero no es lo ortodoxo. Como ilustración, a él no le preocupa indicarle a una persona que hizo un “mamarracho”, pero le parece que sería más provechoso que la discusión se genere entre los Directores.

El doctor Llorca Castro señala que existe otro tema y hace un momento lo mencionó don Rolando, pues desde que recuerda se ha cuestionado mucho a la UTLE y casi desde que estuvo en el extranjero. Hay un tema en el que sí está de acuerdo, el relacionado con las listas de espera, porque existe evidencia de que no es lo idóneo y existen muchas oportunidades de mejora. Recuerda que en una sesión de la Junta Directiva se mencionó, por ejemplo, observaciones que ha hecho la Auditoría institucional sobre los procesos, entre las cuales está la forma de pago y una serie de aspectos más. Entonces, le parece que se tienen que atender esas observaciones, en términos de que hay que hacer una revisión de cómo se ha venido manejando la situación y las malas prácticas se tienen que detener y mejorarlas. En ese sentido, al mismo tiempo ha querido mantener ese tema, porque sí cree que hay personas que están en lista de espera y se le tiene que encontrar una solución al asunto. Por ejemplo, ayer estuvo reunido con algunos Directores que lo lograron acompañar a una reunión-almuerzo, para conversar de otro tema pero al final se abordó el asunto de las listas de espera. Entonces, los señores Directores le comentaron sus inquietudes y preocupaciones sobre la UTLE, así como las prácticas inconvenientes que se han seguido. Además, en cuanto a la información que se presenta en la Junta Directiva, cuando se trata de contrastar no se tienen los respaldos, ni se siguen metodologías pues no existen y a la fecha, la señora Gerente Médico ha admitido que no se tiene información clara y la Dra. Villalta le ha manifestado su preocupación, porque le parece que como es posible que no existan datos en la UTLE después de tantos años. Entonces, le surge el discurso que les comentó a los Directores con los que se reunió ayer, en términos de que está trabajando en una propuesta, con la cual se abordará el tema de origen, dado que las listas de espera se atacan desde el origen. Le parece que en esta Institución, nunca se ha hecho realmente de una forma sistemática, sostenida, institucionalizada y estructuralmente, repite, está trabajando en una propuesta; pero mientras tanto se tiene a los pacientes, en una lista de espera en la que ha denominado la “espera que desespera” y, en ese momento en que les comentó el tema a los Directores con los que se reunió ayer, le parece que tienen razón, en que la UTLE se ha replanteado y, como ilustración, pasan los años, las décadas y la situación continúa igual.

Por su parte, el Director Fallas Camacho respecto de lo indicado por el doctor Llorca, le parece que lo que hay que hacer, es abordar el problema desde el origen y es lo que no se ha hecho, pero el tema se ha discutido en esta Junta Directiva una y otra vez.

Al señor Presidente Ejecutivo le parece que es importante se tenga un espacio, previamente, para analizar los temas. La lista de espera es una de sus preocupaciones y uno de los temas que profesionalmente se ha abocado más. Comenta que tuvo la oportunidad y fue muy satisfactoria, trabajar para Compañías de Seguros privadas, en las cuales las listas de espera son absolutamente prohibidas desde el punto de vista comercial. Significa que en las compañías de seguros privadas, ninguna persona se espera y si no se pasan de compañía, pero no es un aspecto tan sencillo porque las preexistencias que se llevan, no les permiten a las personas pasarse de compañía tan fácilmente. Por ejemplo, como Gerente Médico o Director Médico de Compañías de Seguros se tenía que reducir la lista de espera, aunque nunca se llegan a eliminar totalmente, es decir, ni siquiera en el sector privado, siempre hay un poco de espera; pero sí se tenía que racionalizar de tal manera que las personas, puedan sobrellevarlas. Le indica al doctor Fallas que tiene toda la razón, el tema de recurso humano está estrechamente ligado al asunto, entonces, cuando se refiere al recurso humano, no se trata de más especialistas, sino de más especialistas que se ocupan en los lugares en donde se ocupan y a las horas en que se necesitan, entre otros aspectos; entonces, es toda la gestión del recurso humano que no está planificada totalmente.

Comenta que siendo Ministro de Salud se involucró en el tema y trató de demostrar cuántos especialistas se ocupan. No obstante, lo primero que tuvo con frecuencia fueron vacíos y ausencias de respuesta, inclusive, siendo Ministro de Salud, pues esta Institución no le respondía al Ministro de Salud, cuando solicitaba información y para él fue preocupante. Entonces, como Exministro de Salud y en este momento, como Presidente Ejecutivo que puede consultar la información no existe, por lo que entiende por qué no se le enviaba al Ministro de Salud. Sin embargo, le parece que se le debió haber indicado, como ilustración, que en Oficinas Centrales hay 3.000 empleados, los cuales no eran capaces de recopilar la información necesaria para la toma de decisiones, es más no la toma de decisiones sino la planificación del recurso humano. En ese sentido, al iniciar su gestión como Presidente Ejecutivo, desde hace tres meses está recopilando y contrayendo esa información, entonces, es construir porque la información está desagregada y se tiene que recopilar. También le parece que los datos, están en custodia de personas que no siempre la quiere suministrar, pero es increíble y, repite, así es y lo tiene muy claro. Pide que quede constando en actas su comentario y es preocupante, pero está totalmente de acuerdo con el doctor Fallas, tampoco se conoce, ni se puede indicar que se están haciendo las preguntas correctas. En cuanto a la pregunta de la capacidad instalada de la Institución, está revisando el asunto y ya encontró oportunidades de mejora significativas. Primero, la información que se presentó en el estudio, fue construida con datos que suministró la UTLE y él indicó que no podía ser. Menciona que se reunió con la Ing. Marielos Gutiérrez y su equipo de ingenieros y les pidió que recopilaran información real; además, les instruyó para que realicen un estudio de tiempos y movimientos. Entonces, les pidió que se trasladaran in sito y, además, les solicitó un análisis por Centro, no un global y les dio un mes de tiempo para presentar el informe. Hace hincapié en que está comprometido para alcanzar, realmente, una posibilidad de generar cambios. Está de acuerdo en que la lista de espera tiene que ser de gestión local, pero se tiene que supervisar el proceso, facilitar los procesos y reconocerle a los centros que, realmente, hacen una buena gestión. Recuerda que cuando estuvo trabajando en la Clínica Clorito Picado, se tenían listas de espera muy modestas, pero en la Especialidad de Oftalmología estaba en cero, así como en Endoscopías y ultrasonidos, pues las tenían racionalizadas, la Clínica estaba desconcentrada y se hacían esfuerzos significativos a nivel local. En cuanto a la aplicación del compromiso de gestión, la Clínica tuvo la oportunidad de gestionar bien, pero se desaprovechó y, también, tuvieron problemas para revertir la gestión, porque el compromiso de gestión bien orientado, es un indicador que podrían permitir gestionar las listas de espera, para que sean racionalizadas y así las direcciones de los centros tienen que trabajar. En cuanto a las direcciones médicas, es un tema que se ha analizado con claridad y el Director Loría Chaves le respondió al respecto ayer. No puede ser que la dirección médica sea la que oficializa la lista de espera a nivel local, tiene que ser un ente independiente, porque bien utilizadas son un instrumento para conseguir recursos y, por ejemplo, para hacer algarabías a nivel local; además, para luchar por especialistas que, después, los colocan para realizar otra labor y la propuesta que presentará, están contempladas esas realidades. Le parece que un aspecto que no existe en esta Institución, se trata de la gestión clínica y funciona en otros países, repite, en la Institución no existe, pues se tiene suficiente evidencia, la cual indica que las camas pasan saturadas por arriba del 90%, ese estudio se presentó en esta Junta Directiva el año pasado. Por ejemplo, es producto de que un paciente permanece internado, alrededor de 15 y 22 días, esperando para que se le realice un examen, por ese aspecto la cama está saturada. Entonces, se han solicitado indicadores y la propuesta que presentará, también trata de reparar algunas situaciones, pues se tiene que pedir rotación cama mínimo, así como indicadores de eficiencia. Le preocupa cuando un paciente está 15 días internado en un hospital, hasta tanto se le realice un TAC, porque cuánto

le cuesta a la Institución un día de hospitalización y por ese aspecto. Por ejemplo, se refiere a los carruseles de la Consulta Externa, porque pacientes que están estables, siguen siendo citados por el Tercer Nivel de Atención y a veces, como ejemplo, el Cuarto Nivel de Atención. Comenta que cuando se le respondió que no se tenía el dato de cuántas personas estaban integrando las listas de espera, inmediatamente, pensó en el Proyecto del EDUS para gestionar el tema de listas de espera, pues ese sistema tiene que brindar la lista de espera e indicar cuántos ultrasonidos son para la toma de decisión, cuáles son los de control, de rutina, pues se tienen que diferenciar y resulta que todos esos aspectos, se tienen pero no se ha dado la orden de inicio, para que se empiecen a gestionar los procesos. Entonces, él ya dio la orden de inicio y, por ejemplo, la reunión que la Dra. Sáenz realizaba una vez al mes, para abordar el tema de listas de espera, no solamente la va a retomar él, sino que la retomará semanalmente porque está involucrado de lleno en el asunto. Le parece que se tienen que utilizar formas de pago que le convengan a la Institución y no generen hábito, ni dependencia; por supuesto que está totalmente de acuerdo y, además, la situación es legal. Está convencido que el trabajo debe iniciar de inmediato, para resolver el fondo del tema de las listas de espera, en ese sentido, reitera que presentará una propuesta antes de que concluya el año, la cual sería un replanteamiento de todo el asunto que está, íntimamente, vinculado con otros temas, por ejemplo, el de especialistas y el de su formación. Manifiesta su preocupación, porque inclusive hay un Voto de la Sala Cuarta sobre las listas de espera. Cree que ese asunto o se puede gestionar para mejorarlo. En cuanto a las presentaciones que se realizarán, le parece que se presenten y, después, retomar el tema con base en la información que se presente. Espera que el tema se haya depurado un poco más y la presentación sea concreta. Le pregunta a don Adolfo si el comentario que tenía, es en el sentido de que se trabajen las listas de espera.

Responde el Director Gutiérrez Jiménez que más bien sería se ordene que se trabaje en el tema de la resolución de las listas de espera.

El licenciado Barrantes Muñoz señala que de cara al inicio de las presentaciones, le parece que se debe hacer memoria, pues en el artículo 14º, acuerdo sexto de la sesión N° 8868 del jueves 13 de octubre del año 2016, indica: *“considerando que la problemática de las listas de espera tiene como causa una multiplicidad de factores, los cuales es necesario y urgente identificar para resolver y para lograr la mejora de la calidad de oportunidades de respuesta institucional a las listas de espera de forma sostenible, la Junta Directiva unánimemente acuerda instruir a la Gerencia Médica para que en un plazo de tres meses, presente a esta Junta Directiva una propuesta de abordaje integral de mejora de la calidad y oportunidad de respuesta en la prestación de los servicios para combatir las listas de espera. Esta propuesta considerará el establecimiento de una metodología estandarizada, para la determinación de la capacidad instalada e institucional en cada unidad de servicio, para conocer las brechas en relación con la demanda. Sobre esta base planteará la Gerencia Médica las acciones de corto, mediano y más plazo requeridas y la estimación de los recursos necesarios”*. Ese es el marco de lo que esperaría que a hoy se esté dando respuesta.

Respecto de una pregunta de don Fernando Llorca, tendiente a conocer cuándo se tomó ese acuerdo, responde el don Rolando Muñoz el 13 de octubre del año 2016.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que en muchas ocasiones, ha indicado que la UTLE debe desaparecer, lo ha solicitado expresamente y sigue creyendo que debe desaparecer. Es un tema

administrativo que lo ha planteado y no es administrador, pero así lo ha dejado claramente expreso; incluso, ha pedido que así sea y cree que no se avanza en el asunto. Suscribe lo que indicó don Rolando y el doctor Llorca. Su mayor preocupación por lo delicado del asunto, es que se tiene un tema de sostenibilidad relacionado y quiere insistir en ese punto. Si se indica que están trabajando para llegarle al fondo del asunto y resolverlo, pero se continúan presentando proyectos para desarrollar jornadas de producción, las cuales tienen un gran costo. La frase que empleó el doctor Fallas en algún momento: yo voto estas cuestiones porque la gente no tiene culpa. Entiende que las personas no tienen la responsabilidad, pero el problema es que se ha presentado la excepción como regla, las jornadas de producción vienen a ser paliativas y no solucionan el tema de fondo. No obstante, le parece que las jornadas de producción, cada vez se convierte en más “perversas”, porque lo que se está haciendo es invirtiendo un gran presupuesto, para tratar de producir impacto, lo cual es válido y cada vez que ha votado el asunto, ha indicado que vota obligado por el interés público de que se produzca un impacto positivo en las personas. Sin embargo, es el primero en indicar que ese es el camino equivocado y así lo ha señalado, en términos de que la administración no ha sido eficiente para resolver el asunto de las listas de espera y, entonces, no quiere la responsabilidad mañana, por ejemplo, cuando el Auditor indique que se ha invertido presupuesto significativo para resolver las listas de espera y no se ha logrado. Le preocupa, porque le parece que en el tema se ha colocado primero el interés público, pero si no hay planificación como lo indicó don Oscar, no se logrará producir impacto sino se está observando cuáles son las metodologías. Cuál es la homogenización guardando las distancias de las diferencias y hacer los protocolos, así como establecer los segundos turnos, ni dejar de subejecutar los recursos que se le asignan a las unidades, pues se tiene que lograr que la capacidad instalada de la Institución, en todo sentido sea optimizada, no se resolverá el tema, pero no le corresponde a esta Junta Directiva presentar las soluciones. Comenta que hace un año se tomó la decisión y no estuvo en la reunión, pero conoce que algunos Directores manifestaron su preocupación, en relación con este tema e indica que fue con razón. Comenta que no puede ser posible que ayer se reunión con el Director Jurídico y con el Gerente Administrativo, para manifestar su insatisfacción, porque en esta Junta Directiva se están presentando asuntos de las Gerencias, sin resolver, ni valorar una situación jurídica y sea un médico el que indique si el pago se realizaría como “cómo destajo”. Entonces, ayer así se lo indicó a Gilberth Alfaro, Director Jurídico, aunque conoce que no se controla la Gerencia, en relación con los abogados; reitera, el comentario lo hizo como una insatisfacción pero constructiva, en términos de que a don Gilberth le indicó que se tiene que resolver la situación, para que los abogados de las Gerencias, también hagan sus tareas. Estima que a esta Junta Directiva se le tienen que presentar las propuestas, con todos los aspectos diseñados de tal manera que se presenten con metodologías, en función de producir impacto en las lista de espera, para que se deje de gastar recursos económicos, sin que se resuelva la problemática que tiene la Institución. Considera que esos aspectos deben ser tomados en consideración, tomando en cuenta a la persona que leerá esta acta, ciertamente, se está produciendo impacto en muchas personas, pero a un elevado costo le preocupa y así lo ha indicado, en términos de que no es la fórmula, pues atenta contra la sostenibilidad financiera del Régimen y el efecto real del impacto que se produce en las listas de espera. Entonces, suscribe lo que indicó don Oscar y le produce satisfacción que el doctor Fallas lo haya indicado, el único problema que tiene, es porque lo ha escuchado durante varios años y no se ha logrado todavía un acuerdo, para que se presenten las soluciones concretas y, repite, es de la idea que la UTLE debe desaparecer.

La Directora Soto Hernández concuerda con don Adolfo, porque piensa que la Junta Directiva no puede coadministrar. No obstante, piensa que como Junta Directiva se tiene que manifestar, porque si hace un año se dio un plazo de tres meses y no se les ha dado la respuesta. Considera oportuno que los señores Directores voten para que el señor Presidente Ejecutivo, converse con la señora Gerente Médico y le indique que no se quiere más la UTLE, porque desde que está en este cuerpo colegiado escucha que se hace referencia de la UTLE en los mismos términos. Le preocupa, porque le parece que, eventualmente, fue una decisión política, por ejemplo, darle un puesto a una persona, por lo que se le tuvo que crear en ese entonces, una Subgerencia de Listas de Espera al Dr. Mario Arias. Entonces, le parece que hoy es un día histórico para esta Institución, hoy 19 de octubre del 2017, repite, autorizar al señor Presidente Ejecutivo para que converse con la Dra. María Eugenia Villalta.

Aclara el doctor Fernando Llorca que a la Gerencia Médica se les tiene que ordenar o instruir para que se replantee la UTLE.

Continúa la Lic. Soto Hernández y anota que la UTLE o esa figura, se transforme para que cada hospital maneje su propia Unidad, es lo que ha indicado en otras oportunidades el doctor Fallas en otros términos. Recuerda que ese tema se conversó ayer con el señor Presidente Ejecutivo, en el sentido de que cada Centro Médico tenga una UTLE. Esa es la idea a determinar si están de acuerdo, en que se tome el acuerdo hoy, para que desaparezca esa Unidad.

Al respecto señala don Fernando que lo que se podría hacer, es presentar una propuesta concreta de replanteamiento del tema, en términos del replanteamiento de la UTLE como tal. Le pregunta al doctor Fallas que opina.

Responde el doctor Fallas Camacho que el acuerdo que mencionó don Rolando, es al que se le debería dar seguimiento, no para determinar responsables sino para que se concrete, porque lo que sucede es, por ejemplo, se produce un canto de sirenas, el asunto se repite muchas veces y no se logra concretar. No se conoce el por qué pero sucede y, repite, no es que se deseen definir responsables, sin conocer qué está sucediendo, pero la UTLE es solo un reflejo de una situación que está sucediendo en cada unidad, la cual carece de una gestión que no se está haciendo bien, o no tienen el recurso para hacerlo. Entonces, le parece que lo que hay que buscar, es la génesis real del problema y proponer las soluciones y ese aspecto, les corresponde a las personas que se dedican a esa gestión en el campo.

Sobre el particular, el señor Presidente Ejecutivo observa que esas soluciones, no se van a concretar si no se trabaja de lleno en el tema. En su caso, es la posición que tiene en este momento y por ese aspecto, tomó al final la decisión. A lo interno o a lo personal, no puede estar interviniendo en la gestión operativa de la Institución como debería ser. Considera que el tema es “descomunal” y al final, lo conduce a la realidad de involucrase en el asunto, por lo que empezó a abordar el tema hace algún tiempo y cree que el acuerdo que hace un momento leyó don Rolando, es un acuerdo sumamente contundente. En ese sentido, ve la conveniencia de que se le dé seguimiento porque no se ha cumplido. Independientemente, el acuerdo es un tema por el cual se presentará una propuesta, la cual estaría vinculado como lo indicó don Adolfo, a las sostenibilidades de esta Institución a largo plazo, muy concretamente del Seguro de Salud. En ese sentido, manifiesta su preocupación, porque el Seguro de Salud no va a sobrevivir, sino se hace una reestructuración de este tema y tomando muy en cuenta todas las observaciones. Conoce

que la Auditoría tiene una gran cantidad de observaciones sobre el asunto e, insiste, en que hay mucho por hacer en ese campo y presentará una propuesta.

Don Oscar le indica al doctor Fernando Llorca que él se refirió a que la gestión clínica es fundamental, lo cual significa una serie de ajustes que se tienen que hacer a nivel de los hospitales; inclusive, cambiar autoridades de decisión a nivel de los hospitales, por ejemplo, darle a la Unidad de Admisión, una capacidad real de conocer que es lo que tiene bajo su responsabilidad y tener sistemas de información que le permitan tener autoridad. Se conoce que los médicos son los que llevan el sentido de la gravedad de un caso, pero hay decisiones que tiene que sustentar la Unidad de Admisión, porque se le daría esa responsabilidad. En esos términos, el jefe de la Unidad de Admisión en cada hospital, tiene que tener claro cuál es la disponibilidad de recursos de hoy, de mañana y de pasado mañana, relacionados con las camas a través de las decisiones que se tomen, para poder gestionar el tipo de paciente; porque la persona sería recibida y encaminada directamente a la cama, por lo que el paciente tiene que ser avisado con un día de anticipación para que se presente, a la Unidad de Admisión para su internamiento. Entonces, le parece se requiere una serie de acciones administrativas y técnicas que hay que modificar en los hospitales de la Caja, porque no están acostumbrados a esa gestión, porque se rigen todavía por el Reglamento viejo de los Hospitales, el cual le llama la atención que no existe la Ley pero está vigente.

Al respecto, comenta el doctor Llorca Castro que el Reglamento de los Hospitales se está reformando. Por otra parte, concuerda con el Dr. Fallas en que tiene que haber un replanteamiento de los procesos a nivel hospitalario y ese aspecto está claro. Como lo indicó presentará una propuesta y a lo mejor, será muy enriquecida si se decide generar o impulsar el cambio. Plantea dedicar un día para el análisis de la propuesta. En cuanto a las presentaciones que se harán, le parece que es más productivo escuchar y solicitarles a los expositores que se retiren del salón de sesiones, para luego debatir y dependiendo de los resultados, si se determina que los señores Directores están satisfechos con los proyectos y las explicaciones de lo que se ha hecho, si la decisión es no apoyar más jornadas hasta que no se solucione el fondo del tema se hace. Lo indica porque es importante tomar una decisión y coadyuvar para que la administración activa que se incluya, trabaje y resolver el fondo de la problemática de las listas de espera.

Ingresa al salón de sesiones la Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-29557-2017, del 28 de setiembre anterior, firmado por la Gerente Médico, referente al abordaje de las listas de espera. En esta oportunidad se procederá a presentar los Informes de evaluación de los resultados de los proyectos aprobados por la Junta Directiva.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Olga Arguedas Arguedas, Directora, y el doctor Jorge Cortés Ojeda, Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Niños.

La exposición, en cuanto a los Proyectos de cirugía vespertina del Hospital Nacional de Niños, está a cargo del doctor Cortés Ojeda, Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Niños, quien, al efecto, se apoya en las siguientes láminas:

i)



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
 "Dr. Carlos Sáenz Herrera"
 Centro de Ciencias Médicas de la
 Caja Costarricense de Seguro Social



Proyectos Cirugía Vespertina

Hospital Nacional de Niños

Febrero 28, 2017 – Agosto 31, 2017

ii)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO (Jornadas Propuestas)	META DEL PROYECTO (# de casos propuestos)	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
UROLOGÍA	117	468	02-03-2017	208.321.943,31
CX RECONSTRUCTIVA	24	120	08-03-2017	64.705.045,44
OTORRINOLARINGO - LOGÍA	48	240	28-02-2017	119.907.946,56
ORTOPEDIA	208	650	19-04-2017	613.832.662,56
TOTAL	397	1.478		1.006.767.597,87

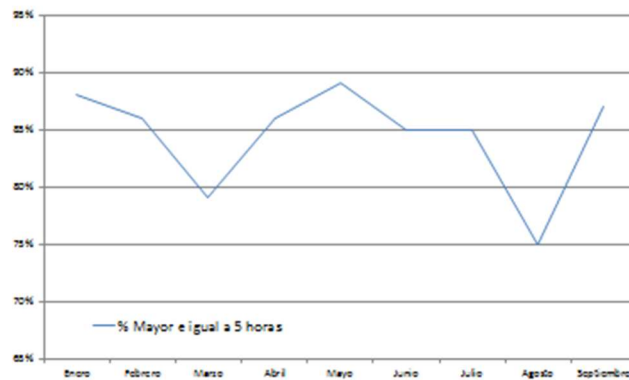
iii)

ESTRUCTURA DEL PROYECTO

ESPECIALIDAD	# DE CASOS PROPUESTOS	# CASOS REALIZADOS	JORNADAS PROPUESTAS	PRESUPUESTO PROYECTADO	JORNADAS EJECUTADAS	PRESUPUESTO ESTIMADO EJECUTADO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PRESUPUESTARIO
UROLOGÍA	468	196	117	208.321.943,31	49	87.245.942,07	42%
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	120	90	24	64.705.045,44	18	48.528.784,08	75%
OTORRINO-LARINGOLOGÍA	240	240	48	119.907.946,56	48	119.907.946,56	100%
ORTOPEDIA	650	170	208	613.832.662,56	73	215.431.655,61	35%
TOTAL	1.478	696	397	1.006.767.597,87	188	471.114.328,32	47%

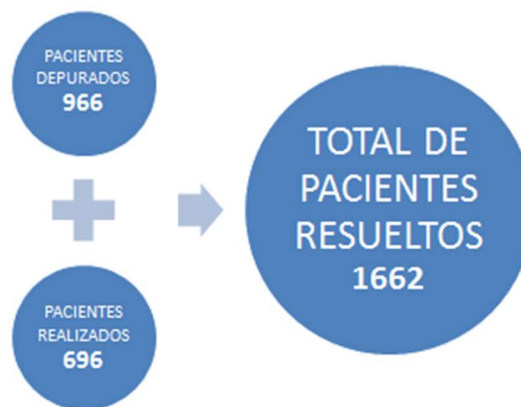
iv)

TUSH 2017 - HNN



v)

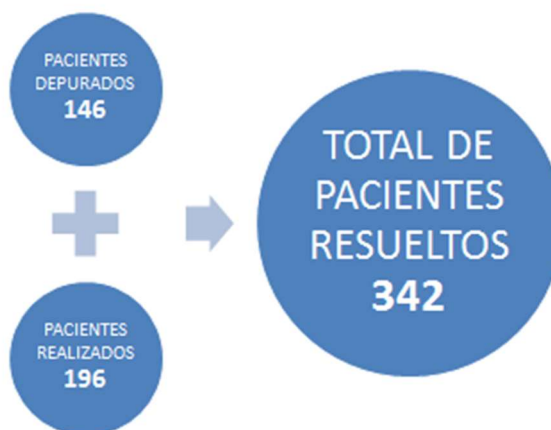
PRODUCCION EJECUTADA GLOBAL



MONTO EJECUTADO : 471.114.328,32

vi)

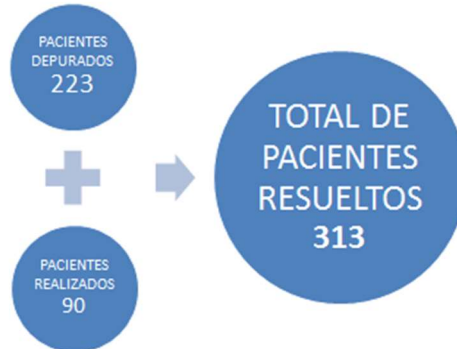
PRODUCCION EJECUTADA UROLOGIA



MONTO EJECUTADO : 87.245.942,07

vii)

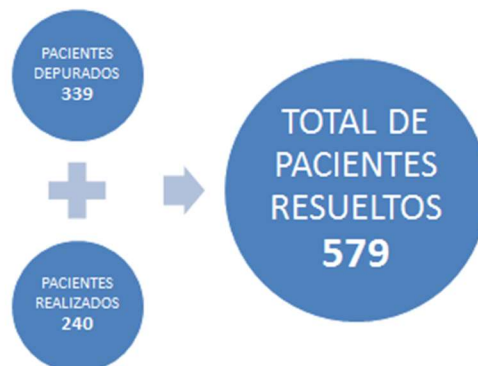
PRODUCCION EJECUTADA CX RECONSTRUCTIVA



MONTO EJECUTADO: 48.528.784,08

viii)

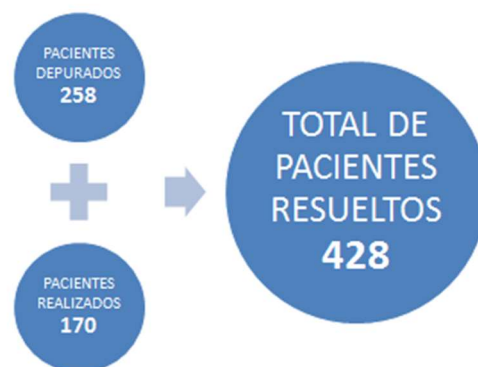
PRODUCCION EJECUTADA OTORRINOLARINGOLOGÍA



MONTO EJECUTADO : 119.907.946,56

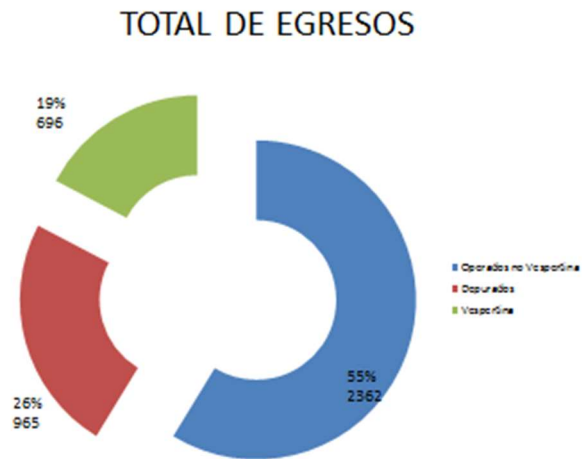
ix)

PRODUCCION EJECUTADA ORTOPEDIA



MONTO EJECUTADO : 215.431.655,61

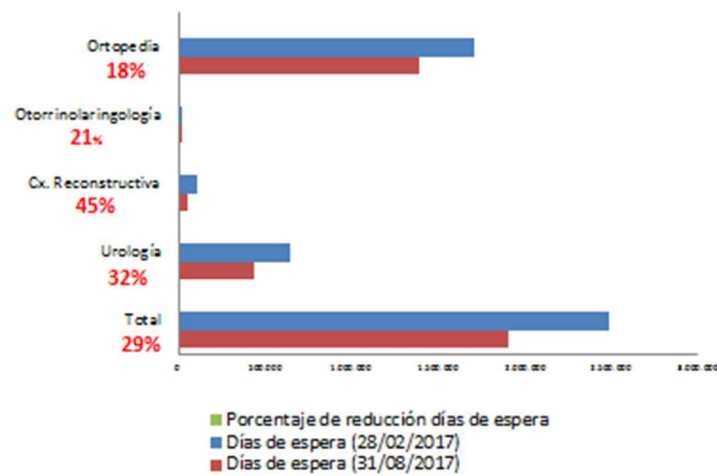
x)



Febrero 28, 2017 – Agosto 31, 2017

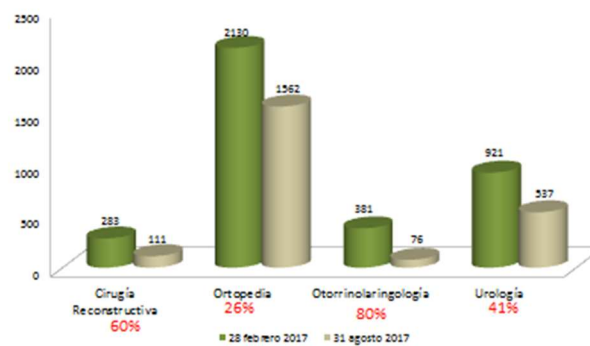
xi)

PORCENTAJE DE REDUCCIÓN EN DÍAS DE LISTAS DE ESPERA



xii)

REDUCCIÓN EN NÚMEROS ABSOLUTOS DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



La Dra. Olga Arguedas introduce el tema y anota que el Dr. Jaime Cortés Ojeda es el Jefe del Departamento de Cirugía, quien ha liderado y supervisado semanalmente la ejecución de estas jornadas de producción que iniciaron su ejecución el 28 de febrero del año 2017 y están en curso, las cuales fueron aprobadas para las cuatro especialidades con lista de espera quirúrgica más larga.

El doctor Cortés Ojeda indica que le satisface estar en esta sesión de la Junta Directiva. Además, agradece la posibilidad de tener estas jornadas de cirugía vespertina que, efectivamente, producen un impacto significativo un Hospital que tiene una capacidad instalada determinada. Como lo indicó la doctora Arguedas, las especialidades del Hospital Nacional de Niños con mayor lista de espera son Ortopedia, Urología, Cirugía Reconstructiva y Otorrinolaringología para ese momento, fueron los proyectos seleccionados, para un monto total de mil seis millones de colones, era el número original. Entonces, es importante conocer cómo avanzan y cuál es su ejecución, dado que no han terminado. La única jornada que concluyó y se cumplió fue con Otorrinolaringología (ORL), pues tenía 240 casos en lista de espera y se lograron resolver; aunque ya se están acumulando los pacientes de nuevo. Se está planteando una solicitud para continuar con el programa, de otra manera no hay forma de que los pacientes no se acumulen. Desde hace dos años se vienen manteniendo y siempre se está cerca del 90%. Hace hincapié en que con la entrada a clases se genera una situación de salud en los niños y se produce un pico en problemas de salud respiratorios. Es muy difícil porque los niños asisten enfermos a las clases, pero se mantiene la situación en una producción estable, en cuanto a la utilización en la Sala de Operaciones. En el global de lo que los pacientes que se han resuelto son 1.662 y al final se tiene una filmina, con la información total de egresos de la lista de espera, en ese período porque al fin no están incluidos los pacientes que se operan en la jornada ordinaria y el promedio es el 55% de los pacientes que egresan de la lista de espera, de manera que se depuraron en la global 966 pacientes y se han operado 696 casos de momento. En Urología de 342 pacientes, hay 196 que se han operado, pero se han depurado 146 y, luego, cuando se analiza esa información después en años de entrada, se determina que realmente han disminuido mucho los ingresos que se tenían anteriores al año 2010, prácticamente, no tenían ahora y quedan pendientes de resolver tres casos de años anteriores.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez sí cuando se hace referencia de pacientes depurados, es por la gestión administrativa.

El doctor Jaime Cortés responde que es gestión administrativa en la lista de espera, porque hay pacientes que se quedan pendientes de resolver, entonces, se ha trabajado conjuntamente con los servicios, para definir si se van a operar, o si se operaron en otro centro, entonces, se determina si la condición persiste. En ese sentido, ese aspecto los obliga a hacer una serie de actos administrativos, para dejarlo documentado en el expediente. Así que cada uno de esos pacientes que están depurados, la información está documentada en el informe y fuera de la lista. En cuanto a Cirugía Reconstructiva se resolvieron 90 casos, inclusive, se puede destacar que se tienen 120 pacientes y era lo pactado con esa Especialidad, por esa parte de depuración o de los pacientes que no se presentan porque no se quieren operar se quedan en 90. Se tiene una solicitud planteada de 30 pacientes, pero se quiere modificar la complejidad, con lo cual se eliminarían pacientes de la lista de espera de los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015, entonces, se necesita que se colabore en esa parte. En ORL se resolvieron 240 pacientes pactados y se resolvieron 579 con la depuración de 339 y en Ortopedia, es la lista más significativa y,

también, se han hecho grandes esfuerzos por tratar de disminuir esa lista. Se han resuelto 428 pacientes, y se han depurado 258, además, 170 pacientes de Cirugía. Esa cantidad de pacientes son los que estaban pendientes al 28 de febrero de este año y al corte del 31 de agosto del año 2017.

Le consulta el Lic. Gutiérrez Jiménez al doctor Cortés cuál es la totalidad de pacientes de Ortopedia.

El doctor Jaime Cortés responde que en este momento, se tiene un alrededor de 2.000 pacientes, pero han disminuido a alrededor de 3.000 de la lista de espera, sin embargo, se generan pacientes para la lista de espera.

Pregunta don Adolfo si se ha producido un 30% de impacto en la lista de espera.

Don Jaime señala que tiene una filmina más adelante que se refiere al tema. Continúa y anota que al total de egresos de la lista de espera, se puede observar que en ese período son alrededor de 4.000 pacientes, los que han egresado de la lista de espera, es decir, han sido resueltos de los cuales 2.362 se han resuelto en la jornada ordinaria, para un porcentaje de un 55%.

Consulta el Director Gutiérrez Jiménez que cuál es su universo de las listas de espera.

El doctor Cortés Ojeda indica que esas son las especialidades en problema y el universo de la lista de espera, está en 4.600 pacientes. No obstante, en el período del proyecto, los egresos han sido de un 55% en cirugía ordinaria, 696 pacientes en jornada vespertina y 975, es decir, un 26% en depuración de la lista de espera.

Pregunta el Director Barrantes Muñoz si esas jornadas de producción están en ese 19%.

El doctor Cortés indica que sí. Continúa con la presentación y refiere que en días de lista de espera se tiene un 18% en Ortopedia, un 21% en ORL, un 45% en Cirugía Reconstructiva, en Urología un 32% y en total un 29%, en días de lista de espera. En cuanto a la cantidad de casos resueltos Cirugía Reconstructiva, el impacto de las jornadas vespertinas tuvo un 60%, en Ortopedia un 26% hasta ahora, en ORL un 80% y en Urología un 41%.

Consulta el Lic. Barrantes Muñoz que cuando se inició la presentación se indicó que hay una capacidad instalada determinada. Tiene entendido que de acuerdo con el trabajo que ha hecho la Auditoría de Estudio de Capacidad Instalada que el Hospital Nacional de Niños, tiene una buena calificación en relación con otras unidades hospitalarias. Sin embargo, su consulta se dirige a si esa capacidad instalada a la que se refiere, cuánta oportunidad de mejora se tiene en el uso o aprovechamiento de esa capacidad instalada, a efecto de una solución más sostenible.

El doctor Cortés Ojeda indica que el número oficial de las Salas de Operaciones del Hospital es de siete. Cuando se realizó la remodelación del Hospital, se construyeron dos Salas de Operaciones, para tenerla como medida preventiva para las emergencias. Entonces, cuando se les entregaron las nuevas salas, se decidió que no querían prescindir de esas dos Salas, porque era una inversión que había hecho la Institución, entonces, se incomodaron un poco en camas y se dejaron nueve quirófanos, no obstante, no se tenía personal suficiente para habilitarlos, entonces,

se han sido abiertos gradualmente. Lo primero que se hizo fue tener la Salas de Emergencia, entonces, a partir del año pasado una sala solo para emergencias, lo cual ha descongestionado significativamente, porque por el quehacer de su Hospital entre el 50% y el 60% de todo lo que se opera son emergencias, por ejemplo, los niños que nacen, los que ingresan de otro centro, los que ingresan complicados, los recién nacidos, no están programados, por lo que hay que resolver un 50% o un 60% de emergencias, lo cual les producía un impacto significativo en las listas de espera, porque se tenía que suspender los pacientes programados. Entonces, teniendo una Sala de Emergencias, ese aspecto resolvía un poco la situación y, recientemente, en los últimos dos meses, haciendo un esfuerzo importante por parte de la Enfermería y Anestesia, se está habilitando ocasionalmente la novena Sala de Operaciones. En ese sentido, en el mes de octubre se está habilitando la novena sala todos los días, de los cuales los miércoles y jueves se está apoyando al Hospital Blanco Cervantes, dado que tienen mucha necesidad, por lo que llevan su propio recurso humano y el Hospital Nacional de Niños, les está prestando una Sala de Operaciones permanente un quinto día, para Cirugía Cardiovascular, pues era uno de los problemas. También, se está programando una Sala de Cirugía extra semanal a Ortopedia compartida con Urología y, consecuente, se produce impacto significativo con el problema de la lista de espera.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, por el tema de Ortopedia en el Hospital Nacional de Niños y no de esos cuatro años. Comenta que estuvo diez años en ese Hospital y ese tema está pendiente de resolver hace una cantidad significativa de años. Entonces, desea conocer cómo se produce impacto en esa Especialidad con las jornadas de producción.

Don Jaime indica que hacia ese tema se dirigen y se ha tratado de insistir y las cantidades que se manejan en este momento dadas las estadísticas. Entonces, se tiene una reunión todas las semanas y se analiza el asunto, por ese aspecto la Especialidad de Ortopedia tiene siete Salas de Operaciones disponibles en la semana. Por lo que se analiza quién utiliza más el Quirófano y quien no, pues es la primera herramienta, es tratar de las Salas de Operaciones tengan un uso racional, por lo que se programan de la mejor manera cada Servicio. No obstante, las jornadas de producción, produce un impacto positivo pero, definitivamente, los esfuerzos tienen que ser de diferentes fuentes.

El Lic. Gutiérrez Jiménez comenta que en una oportunidad se reunió con don Rodolfo Hernández y revisaron los expedientes que provenían del Servicio de Ortopedia y observó que venían referidos todos al Hospital. No obstante, en la reunión se determinó que los casos podían ser resueltos a nivel de Red, pero todos los pacientes se estaban refiriendo al Hospital Nacional de Niños. Entonces, cree que parte del problema de Ortopedia que se está teniendo en el Hospital sigue siendo el mismo, pues no se resuelve a nivel de Red. Por ejemplo, podían colocar un yeso, pero todo lo refieren al Hospital. Le parece que se tiene que insistir en qué se está haciendo en Ortopedia Pediátrica a nivel de los centros antes del Hospital y exigirle a esas unidades mayor resolución, porque si no se hace no se logrará producir impacto significativo en las listas de espera.

El Dr. Llorca Castro concuerda con don Adolfo y señala que el Hospital Nacional de Niños, por la naturaleza propia de su condición de Tercer Nivel de Atención, a veces un nivel subespecialista, es la última opción en una cantidad de campos. Repite, está de acuerdo en que se

está evidenciando un problema de Red. Esta es la punta del “iceberg” de un problema de Red sumamente complejo.

A la doctora Arguedas Arguedas respecto de las observaciones de don Adolfo, le parece que tiene razón, porque hay varios factores que inciden que la lista de espera de ortopedia pediátrica sea tan larga y tan difícil de abordar. Entonces, la patología ortopédica y el músculo esquelético, es malformativa en Costa Rica y es muy frecuente, por lo que muchos de esos niños, requieren intervenciones en estadios, porque es muy diferente operar a un adulto y corregir un defecto, pues ya completó su crecimiento que corregirlo en un niño, porque algunas veces requiere varias cirugías hasta que cierren los cartílagos de crecimiento. El otro factor que incide es que a pesar de que la Institución ha hecho esfuerzos importantes por formar ortopedistas pediátricos, precisamente, como hay una gran demanda, cuando egresan del posgrado trabajan unos años con la Institución y, rápidamente, se trasladan a la medicina privada, porque también la demanda es muy elevada y ofrece muy buenas condiciones económicas para algunos de los Ortopedistas que han hecho el esfuerzo y en ese aspecto, es transparente. La Caja como institución, ha ubicado a los Ortopedistas en hospitales regionales y cumplen el contrato y se renuncian a la Institución. El problema es que se tiene una Red que es disfuncional, porque no se tiene el suficiente apoyo y es cierto, la mayor parte de los niños con patología ortopédica, se tiene que operar en el Hospital Nacional de Niños. No obstante, hay un elemento que, eventualmente, se puede considerar a futuro y es el hecho de que la formación de los Ortopedistas Pediátricos, es muy larga; entonces, primero se hacen ortopedistas generales y, después, se tienen que formar en Ortopedia Pediátrica. Con los mecanismos que han creado en la Institución de cumplimiento de aprendizaje, así como el cumplimiento de año de servicio social, muchos de los Ortopedistas inician con los deseos de formarse en Ortopedia Pediátrica, pero al final terminan como Ortopedistas Generales, por ejemplo, se agotan en el trayecto académico porque es un poco prolongado. En algún momento se ha discutido la idea de acortar ese trayecto, entonces, desde el momento que ingresan a hacer la especialidad, lo hacen con la etiqueta de que van a hacer Ortopedistas Pediátricos.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación, porque el programa de formación de siete años es muy largo, igual sucede con los Anestesiólogos, pues primero se forman en Anestesia General y, después, en Anestesia Pediátrica y tarda siete años, le parece que se tiene que revisar esos programas.

Señala el Director Barrantes Muñoz que para esas jornadas se tenía un plazo determinado, pero se señalaron dos picos que han influido en retrasos. No obstante, le interesa la evaluación desde el punto de vista de cumplimiento de cara al cronograma que tenían las jornadas y ese aspecto no le queda claro.

El doctor Cortés Ojeda señala que se tenían un plazo de un año para las jornadas de producción de Ortopedia, diez meses para Urología, seis meses para Cirugía Reconstructiva y para ORL se cumplió antes, inclusive, del plazo. En Cirugía Reconstructiva hace un tiempo se hizo una solicitud para modificar la complejidad, con lo que se eliminaban los pacientes de cinco años de la lista de espera, pero había que aumentar complejidad y disminuir la cantidad de pacientes por jornada. En Urología igual, no se tarda igual en los pacientes de más complejidad, entonces, no se pueden resolver tantos casos, pero se aumenta la capacidad resolutoria y muestra los meses que se tenían originalmente como propuesta.

Pregunta el Lic. Gutiérrez Jiménez en términos de financiamiento cuánto se tenía y cuánto se invirtió, pues lo que desea observar es si se tenían cien colones, por ejemplo, se tenía que cumplir tantas metas en términos porcentuales. Lo anterior, para conocer en cuánto se impactó y cuánto se gastó para efectos del acta, porque parte de la evaluación es para que se conozca el impacto significativo que se produjo, dada la inversión y si se lograron las metas; entonces, es para conocer si las jornadas de producción fueron provechosas y si se logra producir impacto, para que se vuelva a invertir.

El doctor Cortés Ojeda señala que el monto original de todos los cuatro proyectos, era de mil seis millones de colones, de lo cual al momento se debería haber ejecutado, con la cantidad de pacientes operados, cuatrocientos setenta y un millón de colones y lo que se pagó, efectivamente, o el gasto real fueron trescientos cincuenta y seis millones de colones.

Indica el Director Gutiérrez Jiménez que cuando se indica que el porcentaje de complemento presupuestario en Ortopedia fue de 35%. Pregunta cuánta fue la inversión en Ortopedia y en cuánto se produjo impacto, es decir, qué porcentaje de impacto se produjo, para determinar cuántos recursos se invirtieron y qué porcentaje de solución se produjo.

La Dra. Olga Arguedas manifiesta que es importante que Ortopedia, fue el último Servicio que inició con el proyecto, por esa razón la proporción de presupuesto ejecutado es un poco menor. ORL fue el primero que empezó y por ese aspecto ya ejecutó el presupuesto y cumplió su meta.

Pregunta el Lic. Gutiérrez Jiménez que las jornadas de trabajo tenían un plazo definido, independiente, de cuando el Servicio empezaba el proyecto.

Indica la doctora Arguedas Arguedas que el plazo es un año para Ortopedia.

Pregunta don Adolfo sí se tenían metas independientemente cuando empezaron.

La doctora Arguedas responde que sí.

El doctor Cortés Ojeda señala que el Servicio de Ortopedia, ha cumplido con las cuatro jornadas semanales que había ofrecido desde el principio, excepto en una semana que hizo tres, pues habría programado un Seminario Internacional y venían especialistas de muchas partes del mundo. Entonces, fue la única semana en que se hizo un día menos, repite, han cumplido sus cuatro jornadas e iniciaron con el proyecto más tarde, casualmente, porque por el tiempo que tienen los pacientes en lista de espera. Entonces, los pacientes de Ortopedia tienen la particularidad, de que se tiene que conocer si el paciente está preparado para que se le realice la intervención y planificar el procedimiento que se le va a hacer.

El Director Gutiérrez Jiménez sugiere que para futuras presentaciones, como oportunidad de mejora y tal vez, para que les quede más fácil se indique el monto presupuestado, qué meta se espera, por ejemplo, con cien colones se va a producir de un 60%. Entonces, después gastó de esos cien colones sesenta colones, se impactó un porcentaje de equis, porque así le queda más fácil, porque en este momento no le queda claro los porcentajes. En ese sentido, quiere conocer si se puede indicar cuánto se gastó y con qué porcentaje se tenía que cumplir. Al final, es

conocer si ejecutaron bien los recursos y como ilustración, el examen de 100% llega a 80% o a un 90% o se quedó, entonces, determinar las causas de por qué no pasó.

Aclara la doctora Olga Arguedas que para el Proyecto de Ortopedia, se estimó un presupuesto de cuatrocientos cuarenta y dos mil seiscientos sesenta y siete millones de colones; es decir, el 50%. Entonces, lo que se ha ejecutado y cuánto se ha producido impacto en la lista de espera, era una reducción del 22.2%, pues fue el compromiso en el proyecto original y, entonces, en este momento se estaría produciendo más impacto del esperado, pues se tiene un 26% de producción.

El Lic. Gutiérrez Jiménez indica que lo que se está indicando es que con el 50% del gasto, se alcanzó la meta.

Agrega la doctora Arguedas Arguedas que todavía se está la mitad del proyecto, porque no es un informe de cierre, si no de seguimiento y avance.

Menciona don Adolfo que lo mismo sucede en Otorrinolaringología, entonces, cuánto se invirtió y cuál es la evaluación. En el caso de Urología lo que le está indicando es que se produjo un impacto de un 41% y cuánto tenía que producir impacto.

La doctora Olga Arguedas indica que en el caso de Urología, el compromiso que se tenía para producir impacto era de un 10%, por lo que la reducción que se pretendida en la lista de espera era de un 23.5%. El presupuesto que se tenía para invertir era de ciento un mil cuatrocientos veintisiete colones y se incrementó en un 100% el rendimiento en Urología y el gasto fue de alrededor del monto esperado. En el caso de ORL, el presupuesto que se tenía era de alrededor de setenta y cinco mil millones de colones. El impacto que se tenían planeado en la lista de espera era de un 26% y se está logrando un 80%.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez si se tenía un impacto de 26% y se triplicó qué se hizo, porque la proyección contra el impacto fue de tres veces más.

El doctor Cortés Ojeda responde que hay un componente importante, se ha trabajado fuertemente en la depuración de la lista de espera y se ha mejorado también, en el uso de la Sala de Operaciones en jornada ordinaria, pero lo que más ha producido impactado es la depuración de la lista de espera.

Al Lic. Gutiérrez Jiménez le parece que se está generando un sesgo en la información., porque lo que quiere conocer es si se presenta una jornada y se indica que, a modo de ejemplo, con cien colones se va a operar tantas personas y se va a cumplir una determinada meta. Cuando se indica que se produjo un impacto en un 80%. Se observa que parte de ese 80% que se está haciendo es muy bueno, porque es en la gestión, pero cuando se analiza la información producto de la depuración sobrepasa el 50% en casi todas o todas. Entonces, para lograr definir el saldo, lo valioso de las jornadas de producción en términos quirúrgicos, le genera una duda, en términos de cuánto realmente se está operando con el presupuesto asignado, no cuánto se está impactando vía gestión, lo cual estima que es loable y válido, pero para efectos del Auditor, lo que le va a pedir es que si se pidieron cien colones para cirugía, con cuántas se logró producir impacto y si es válido aprobar las jornadas de producción.

Don Jaime aclara que las metas de lo que se planteó para operar se han cumplido y más, con lo que se pensó que se podría hacer. Por ejemplo, la propuesta en ORL debe seguir con el proyecto, porque tiene 20 pacientes nuevos cada mes que ingresan a la lista de espera, dado que no los puede resolver.

Don Adolfo menciona que del 80% de pacientes resueltos, cuánto es el impacto real quirúrgico, porque parte es producto de la gestión del Hospital. En la última filmina se indica el total de egresos de la lista de espera, entonces, se está haciendo referencia de todos los casos. A modo de ejemplo, de la lista de espera el total de egresos es el 55% de jornada ordinaria, el 26% es depuración, pero tienen, prácticamente, un 20% que se está disminuyendo por jornadas de producción.

Al Director Barrantes Muñoz hace referencia que el cuadro en el que se presenta la información a la que se refiere don Adolfo, es muy importante porque el impacto que se tiene en gestión y en depurar, es porque parten de un supuesto de un dato que al final, hay que depurarlo porque no se conoce.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que si se observa más de un 50% de la lista de espera es en gestión, porque ese es el buen trabajo que se está haciendo sin invertir recursos adicionales, entonces, se está produciendo un impacto positivo y es lo que se esperaba.

El doctor Jaime Cortés indica que en realidad es cada Servicio el que gestiona.

El Director Gutiérrez Jiménez le indica a don Jaime que él está dirigiendo tema.

Para efectos del acta, don Oscar corrige porque se hizo referencia de setenta y cinco mil millones de colones y es setenta y cinco millones de colones, entonces, es solo para corregir esas cifras.

Señala la Dra. Arguedas que en cuanto al dato que don Adolfo pide, se relaciona con la lista de espera de ORL, pues hay 240 pacientes que se han resuelto en ORL en las jornadas de producción, con lo cual ya se cumplió con lo pactado en el Proyecto de Jornadas Vespertinas. No obstante, el tema es que ingresan continuamente pacientes, por lo que generan la lista de espera y están convencidos de que para esas especialidades, el impacto de las jornadas de producción es significativo.

Pregunta don Adolfo cómo sin jornadas ordinarias, cómo hacen, qué necesitarían para producir impacto en el fondo y no tener que hacer jornadas ordinarias.

Respecto de una inquietud del Director Loría Chaves respecto de la Torre de Cuidados Críticos, indica el Dr. Jaime Cortés responde que los Quirófanos están cumpliendo con el "TUSH" y no se puede aprovechar más.

Interviene la Directora Alfaro Murillo que el problema son los Quirófanos y no los Especialistas.

El Dr. Cortés Ojeda señala que en este momento y de acuerdo con el informe de la Auditoría, el tiempo invertido de los cirujanos en el Hospital de Niños es un 13%.

Pregunta el Director Barrantes Muñoz que cuánto podría contribuir la mejora de la capacidad resolutive en Red.

El doctor Jaime Cortés concuerda con el Lic. Barrantes Muñoz, en que se necesita que la Red mejore.

La doctora Arguedas Arguedas y el doctor Cortés Ojeda se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

Ingresa al salón de sesiones la doctora María del Carmen Chacón Castillo, Directora a.i. del Hospital de Guápiles.

La doctora Chacón Castillo se refiere a los resultados de las jornadas de producción en salpingectomías y ultrasonidos del Hospital de Guápiles, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

A)

Jornadas de Producción Salpingectomías Ultrasonidos

Hospital de Guápiles
2017

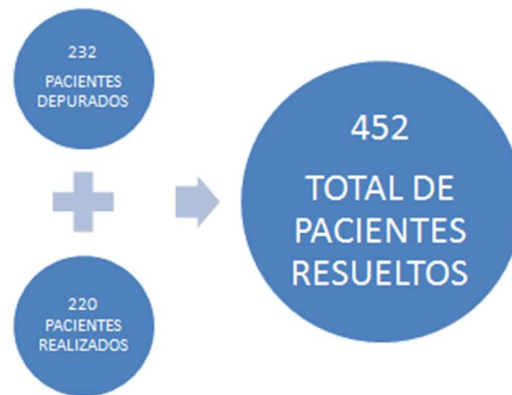
B)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
Salpingectomías	04 meses	400 salpingectomías Diminución lista espera a 160 días promedio	Mayo 2017	134.369.401,6
Ultrasonidos	09 meses	2880 Ultrasonidos	Diciembre 2016	44.624.206,4

C)

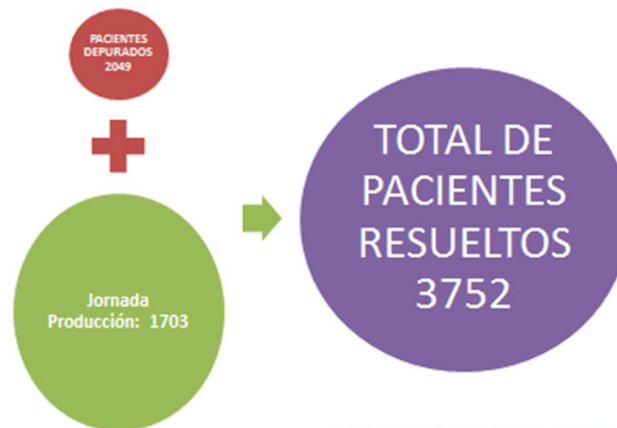
PRODUCCION EJECUTADA Salpingectomia



MONTO EJECUTADO 49.859.856,9

D)

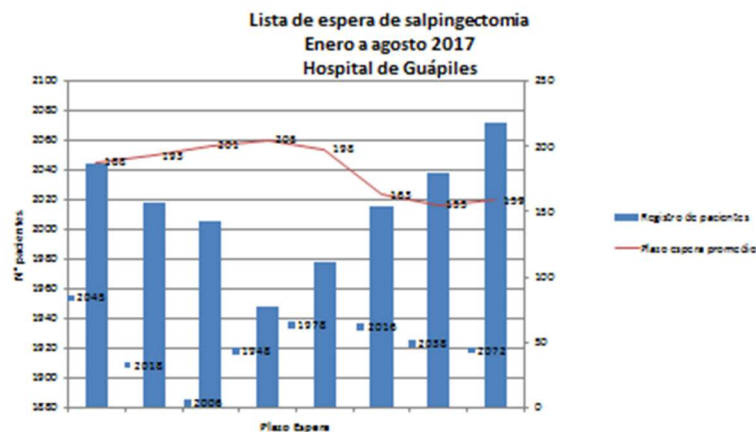
PRODUCCION EJECUTADA ULTRASONIDOS



MONTO EJECUTADO \$20.177.260,26

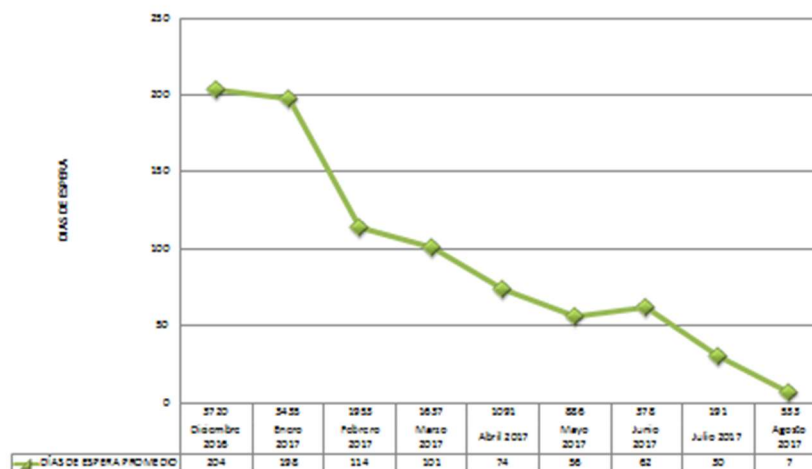
E)

IMPACTO EN LA LISTA ESPERA



F)

DISMINUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA Ultrasonido



La Gerente Médico señala que se van a presentar la evaluación de las Jornadas de Producción de Salpingectomía y Ultrasonidos.

La doctora María del Carmen Castillo Chacón indica que al Hospital de Guápiles, se le autorizó el proyecto para dos jornadas de producción, una de Salpingectomía y otra de ultrasonidos. Por los motivos que se conocen de la lista de espera, así como los tiempos prolongados y el número de pacientes. El proyecto de Salpingectomía tiene un tiempo de duración de cuatro meses, la meta era realizar 400 Salpingectomías y disminuir los tiempos de espera de las cirugías, las cuales estaban a un plazo de 189 días, entonces, la meta es disminuir ese plazo a 160 días. La fecha de inicio fue en el mes de mayo del año 2017 y el monto aprobado fue de ciento treinta y cinco millones de colones. Para los ultrasonidos el tiempo de duración fue de nueve meses, la meta era realizar 2.880 ultrasonidos, iniciando en el mes de diciembre del año 2016 y el monto aprobado fue de alrededor de cuarenta y cinco millones de colones, específicamente, para lo que fue la Jornada de Salpingectomía, se programaron como lo inició al inicio 400 Salpingectomías y en la lista de espera había 456. Se realizaron 220 Salpingectomías y se depuraron bajo el mismo concepto que se estaba presentando, anteriormente de depuración y al cual, se le puede agregar que también hay muchos duplicados, porque a veces de un EBAIS se envía varias veces un paciente, entonces, ese aspecto crea registros dobles. En ese sentido, se depuraron 232 pacientes, con lo cual alcanzó la meta del 100% de lo programado, con un monto de cuarenta y nueve millones de colones, a diferencia de lo programado que era un monto de ciento treinta y cinco millones de colones. Si se observa, específicamente, lo que es la Salpingectomía, los tiempos de espera quedan a 64 días. Para el Servicio de Ginecología el tiempo de espera pasó de 259 días a 208 días. Anteriormente, se hizo referencia a 260 días el tiempo de espera de todo el bloque, entonces, se logró alcanzar la meta programada con un menor monto de ejecución. En cuanto a la producción de ultrasonidos, los resultados fueron muy satisfactorios, pues se programaron 2.280 ultrasonidos y se realizaron 1.703 y se depuraron bajo los mismos conceptos 2.049 procedimientos y se obtuvo un resultado de 3.752 casos de ultrasonidos

resueltos, con un monto de alrededor de diez millones de colones. Como lo señaló en cuanto a Salpingectomías, cuando empezó el proyecto el tiempo de espera fue disminuyendo significativamente y se alcanzó el tiempo de 159 días. Todavía ese plazo es más notorio en ultrasonidos, pues al momento de iniciar el proyecto en el mes de diciembre del año 2017, el plazo de espera estaba en 204 días y se terminó en un plazo de siete días de tiempo de espera en el mes de agosto de este año. Esos tiempos se van a ir incrementando porque se reciben nuevas referencias, tanto que al momento en que se está, el tiempo de espera es de 19 días, pero al concluir el proyecto fue de siete días de espera.

La doctora Chacón Castillo se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Ileana Balmaceda Arias, Directora, y el doctor Rodrigo Bartels Rodríguez, del Hospital San Juan de Dios.

Prosigue la doctora Balmaceda Arias y se refiere a los resultados de las II Jornadas de producción, Servicios de Oncología Quirúrgica, Urología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Cirugía general y Radiología e Imágenes, con el apoyo de las siguientes láminas:

i)



ii)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO

Jornadas Quirúrgicas

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
Cirugía General	8 meses	589 pacientes	Set-2016	€204.800.000,00
Oncología	8 meses	158 pacientes	Set-2016	€90.456.157,65
O.R.L.	8 meses	156 pacientes	Set-2016	€83.200.000,00
Urología	8 meses	208 pacientes	Set-2016	€123.057.721,80
Ortopedia	10 meses	458 pacientes	Set-2016	€259.370.447,00

iii)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO Jornadas Consulta Externa

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
Ortopedia	8 meses	1183	Set-2016	€41.951.982,90
Urología	8 meses	1782	Set-2016	€52.645.625,60

iv)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO Jornadas Radiología

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
Ultrasonidos	9 meses	11910	Set-2016	€ 147.667.818,48
Densitometrías	12 meses	6928	Set-2016	€128.516.744,05

v)

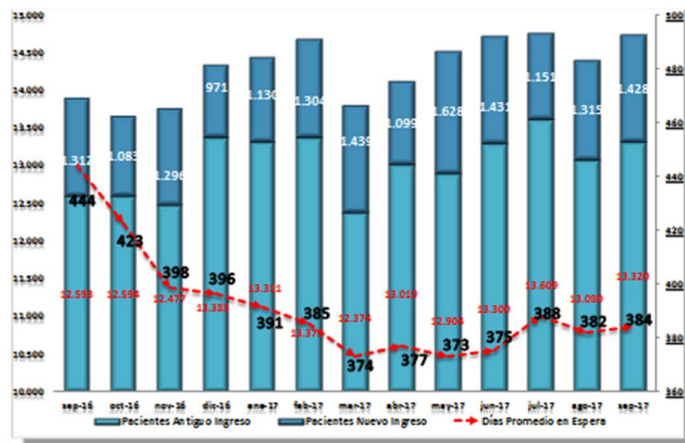
PRODUCCION EJECUTADA



MONTO EJECUTADO € 1.198.943.443,85

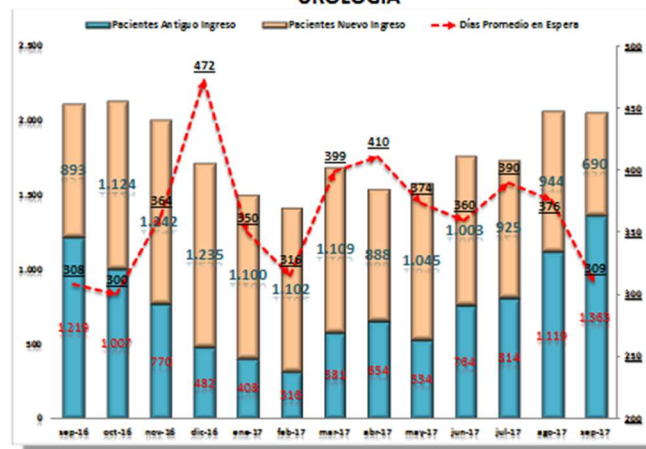
vi)

IMPACTO DE LA LISTA QUIRÚRGICA



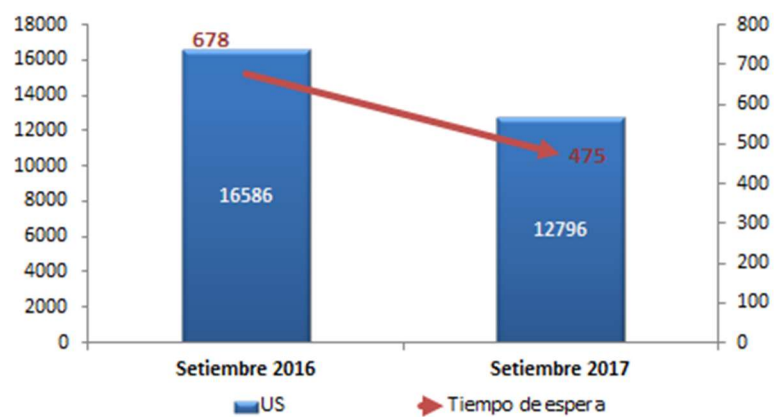
vii)

IMPACTO DE LA LISTA CONSULTA EXTERNA ORTOPEDIA Y UROLOGIA



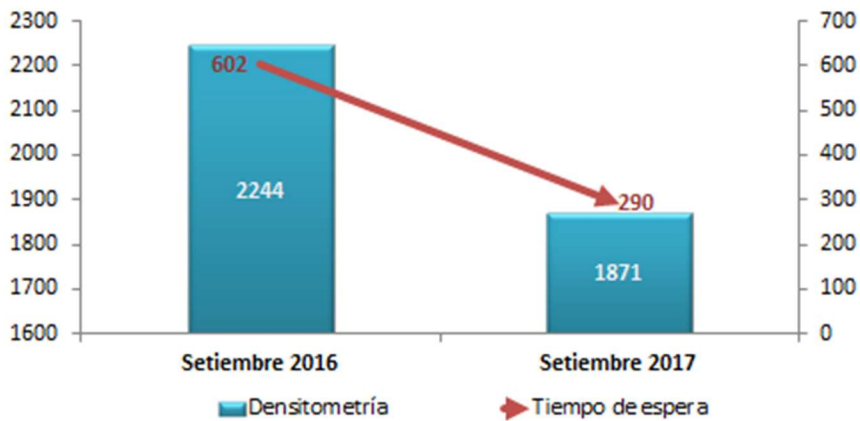
viii)

IMPACTO DE LA LISTA US

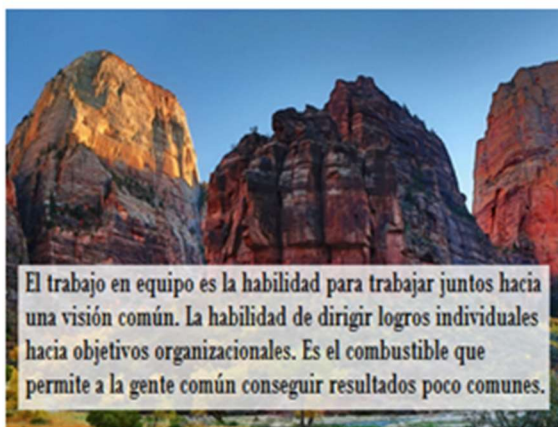


ix)

IMPACTO DE LA LISTA DENSITOMETRÍAS



x)



GRACIAS

La doctora Ileana Balmaceda Arias se refiere al informe de las jornadas de producción que iniciaron en el año 2016 y terminaron en el mes de setiembre del año 2017. En ese momento se les aprobó para las Especialidades de Cirugía General, Oncología, Otorrinolaringología, Urología, Ortopedia, con una duración de ocho meses y para Ortopedia diez meses. La meta del proyecto era para que en cada uno de los servicios se iniciara el proyecto en el mes de setiembre del año 2016. Refiere que en la filmina se detalla el monto aprobado, para cada uno de los servicios y Ortopedia y Urología en Consulta Externa, para una duración de ocho meses igual con una meta del proyecto en Consulta Externa, de mil ciento ochenta y tres millones de colones en Ortopedia y mil setecientos ochenta y dos millones de colones en Consulta Externa. En ultrasonidos se dio una aprobación para nueve meses y en densitometrías óseas de once meses,

con un volumen de pacientes de 11.910 en ultrasonidos y 6.928 en densitometrías óseas. El Hospital San Juan de Dios es el único hospital que hace procedimientos de densitometrías, entonces, la lista de espera es prolongada. En total se depuraron 7.181 pacientes entre todas las patologías que se dieron y se realizaron 20.546 casos. En total se resolvieron y se excluyeron de la lista de espera 27.720 pacientes.

Le pregunta el Director Gutiérrez Jiménez a la doctora Balmaceda, si cuando indicó que se resolvieron 27.000 pacientes de la lista de espera, es por procedimiento realizado.

Responde la doctora Ileana Balmaceda que el procedimiento es por cirugías o ultrasonidos o densitometrías realizados.

Consulta el Lic. Gutiérrez Jiménez que, entonces, no son pacientes depurados.

La doctora Balmaceda Arias indica que pacientes depurados son 7.000 y aparte, se realizaron 20.000 procedimientos, entonces, en total se excluyeron de la lista de espera 27.000 pacientes.

El doctor Llorca Castro señala que están incluidos los 7.181 pacientes depurados de la lista de espera, entonces, la respuesta es sí. La gestión de esa depuración es producto del mismo ejercicio realizado, porque está claro que los pacientes depurados no son una reducción en términos de procedimiento realizados, pero el ejercicio es necesario para identificar y cuantificar esa depuración.

Agrega don Adolfo que en el caso no se referirá al Hospital San Juan de Dios, sino que es en general a la lista de espera de pacientes depurados, pues es significativa. Le parece que es una obligación y no debería necesitar jornadas ordinarias para el proceso, pues la depuración, repite, es una obligación del director de cada hospital estar gestionando todos los días sobre el tema. Le produce satisfacción que se haya depurado la lista de espera en 7.000 pacientes depurados, porque significa que la lista de espera tendrá esa cantidad de pacientes menos, por las razones que sean. Considera que algún día sería muy interesante conocer también, por ejemplo, qué va a suceder con las personas que tuvieron que solucionar su problema de salud, antes porque el sistema no fue lo suficientemente eficiente. Repite, no se refiere solo al Hospital San Juan de Dios, sino en el sistema. El tema es que la Institución asignó un presupuesto para producir impacto, en un momento determinado sobre alguna lista de espera, específicamente, con procedimientos por ese aspecto, le interesa mucho dividir el tema, como ilustración, si se dan cien colones y se tenía una meta del 60% y se gastó ochenta colones, entonces, se tiene que determinar si se alcanzó o no la meta, por lo que se tendrá una nota final.

Explica doña Ileana Balmaceda que como bien lo indicó el doctor Llorca, los pacientes depurados no era el objetivo de las jornadas de producción, pero son parte del ejercicio, porque cuando se empezó a llamar a los pacientes, entonces, se va determinando la situación del paciente. Hace hincapié en que esta situación se terminará cuando se tenga el Expediente Digital, porque en este momento las depuraciones son anuales. Entonces, el impacto que se produce con las jornadas de producción, se va a empezar a generar a partir del mes de setiembre del año 2016, porque en ese entonces, el plazo de espera se tenía a 442 días de espera y se termina disminuyendo el plazo de espera, por lo que se produce un impacto significativo. En el mes de mayo de este año, se terminaron prácticamente las jornadas de producción, transcurrió el mes de

mayo de este año y se empezó a elevar el plazo de espera, porque realmente se tiene una capacidad instalada y, entonces, muestra en la información los números de color más azules y corresponden a nuevos pacientes que ingresan a la lista de espera mes a mes. Entonces, se tiene en promedio 1.400 nuevos pacientes que ingresan a la lista de espera y una capacidad de atención a esos pacientes en el tiempo ordinario es de alrededor 600 pacientes. Siempre queda una brecha de alrededor de 600 pacientes mes a mes y si no se va ejecutando el proceso, se van acumulando los pacientes, entonces, la lista de espera se incrementa, significativamente.

Le indica el licenciado Gutiérrez Jiménez a la doctora Balmaceda que reconoce el esfuerzo que se está haciendo, porque se está solucionando una situación de salud a unas personas que lo necesitan. No obstante, le parece que el tema de fondo no se integra, porque en el caso de la información de color azul, continúan ingresando pacientes por una dinámica normal, es decir, siempre se va a tener lista de espera. Pregunta qué se necesita que no sea una jornada de producción, para producir impacto en el tema de fondo, por ejemplo, hace un momento le entregaron un dato de los cirujanos de la Caja, en términos de que producen un 13% de impacto en las listas de espera, su reacción es que se tienen que buscar Quirófanos. Como ejemplo, conoce que se alquilan quirófanos, entonces, hay que buscar alguna opción distinta, porque se tiene a un cirujano, el cual es un recurso excelente y, además, de un elevado costo, sin producir impacto en más del 80%.

La doctora Ileana Balmaceda responde que la lista de espera es dinámica, entonces, ingresan y egresan pacientes, por lo que si se tuviera la misma capacidad instalada que la demanda, se recambiaría mes a mes todo los pacientes, por ejemplo, ingresan alrededor de 1.000 pacientes y se opera la misma cantidad, pero siempre existe un rezago. Con las jornadas de producción sí se logra producir impacto. En ese sentido, si se indica que se eliminen las jornadas de producción, pediría que se le asignen recursos al Hospital, para alquiler de quirófanos con Anestesiólogos, como ilustración, es el cuello de botella que se tiene. Se tienen que realizar con 15 Salas de Operaciones, las cirugías más todos los procedimientos, se tiene 21 Anestesiólogos día a día, si se excluyen los procedimientos que se realizan fuera de Sala de Operaciones, por ejemplo, las Gastroskopias, Colonoscopías, Cirugía Reconstructiva, entre otras, son seis lugares donde se necesita un anestesiólogo. Repite, el cuello de botella lo generan los Anestesiólogos, incluso, así lo indica el informe de la Auditoría, entonces, si se pueden hacer segundos turnos se necesitarían Anestesiólogos. Comenta que investigó dónde se podrían alquilar quirófanos con anestesiólogos y, además, tiene el monto pero no lo tiene en este momento, pues podría ser una opción para producir impacto en las listas de espera.

Al Lic. Gutiérrez Jiménez le produciría satisfacción que el tema lo presente en otra reunión.

Continúa la doctora Ileana Balmaceda y anota que podría presentar en esta Junta Directiva la cotización, aunque la tiene que negociar para determinar si se logra disminuir el costo. Además, para determinar en cuánto se produciría impacto, porque se tiene que hacer el estudio económico, entonces, si se logra producir un impacto más significativo con el alquiler de los quirófanos, se analizaría el tema, pero la cotización que pidió la recibió ayer. Lo anterior, porque ha estado buscando si resulta más conveniente alquilar quirófanos, porque es evidente que la capacidad que se tiene es insuficiente ante la demanda, entonces, se logra observar que, efectivamente, se logra disminuir el tiempo de espera. Lo importante no es la cantidad de pacientes que se está esperando, porque siempre va a ser una cantidad significativa de casos, pero es el tiempo que se

espera, entre más corto se gestiona mejor. Por ejemplo, en ORL se eliminaron las listas de espera, así como en oncología, no es de años sino que es menos de tres meses pero por la patología, necesariamente, se necesita que los pacientes se intervengan en menos de tres meses, entonces, ya se acumuló oncología y, entonces, el plazo está a más de tres meses.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que si se observa la gráfica en los meses de setiembre, octubre y noviembre del año 2016, la cantidad de los pacientes de antiguo ingreso, está en alrededor de 12.500, pero a partir de los meses de diciembre, enero y febrero de este año, los pacientes de antiguo ingreso se elevan de 12.500 a 13.500, es decir, la cantidad de pacientes se elevó en mil, pregunta de dónde ingresaron.

La doctora Balmaceda Arias aclara que son los pacientes del mes anterior, entonces, 1.296 pacientes que ingresaron a la lista de espera, pasan a endosar la del otro mes, porque están produciendo impacto.

Comenta la Ing. Alfaro Murillo que esa situación no ocurrió en los meses de setiembre, octubre y noviembre del año pasado.

Explica doña Ileana que lo que sucede es que en el mes de diciembre, no se está trabajando con la capacidad instalada, producto de las vacaciones; entonces, las personas no se quieren operar y las jornadas de producción se detuvieron en los meses de diciembre del año 2016 y enero de este año, porque la cantidad de pacientes que se quería para operar era insuficiente. Por ejemplo, en ese tiempo las personas no quieren tener un posquirúrgico y ese es un comportamiento que se da casi en todos los hospitales en los meses de diciembre, enero y Semana Santa, entonces, se genera una disminución significativa en la producción.

Comenta el doctor Llorca Castro que esas situaciones son muy particulares, en todos los centros se dan, inclusive, la Dra. Arguedas comentó que con el ingreso a clases, los niños y las niñas se enferman de gripe, por lo que no se logra operar. En ese sentido, ve la conveniencia de que se documenten esas situaciones.

Continúa con la presentación la doctora Balmaceda Arias y señala que en cuanto a Consulta Externa, se tiene el mismo comportamiento sí se disminuyó la producción de Ortopedia y Urología. En el mes de setiembre del año 2016 se tenían 16.586 pacientes y al mes de diciembre del año 2016 se tenían 12.796 pacientes y a un plazo de espera de 475 días. Entonces, se logra observar el impacto que se produjo, pues son los pacientes que han ido ingresando últimamente. Recuerda que el Hospital San Juan de Dios se hacen ultrasonidos de casi toda el área de atracción, porque las Clínicas Metropolitanas en este momento, no tienen quien realice esos procedimientos, por ese aspecto se pidió un proyecto para realizar ultrasonidos. En Densitometría ósea se tenían 2.244 pacientes y se pasó a 1.876 con una disminución del tiempo de espera de 602 días a 290, por lo que de alrededor de una espera de dos años se pasó a un año. Hace énfasis que en el informe se está presentando que de un presupuesto asignado para el proyecto, por un monto de los mil cuatrocientos millones de colones, se ejecutaron mil cien millones de colones del total. En ese sentido, cree que las jornadas de producción han producido un impacto positivo, en el quehacer hospitalario porque y, además, como lo mencionó don Adolfo, depurar pacientes de la lista de espera, les ha permitido ir depurando más, porque es diferente si se llama a las personas para indicarles que si se quiere operar o siempre sigue en lista

de espera, si no tuvieran otra opción, se le indica que puede continuar en la lista de espera. Por lo que se le puede indicar a los pacientes que si desean se pueden operar en dos semanas o en tres semanas o en una semana, es decir, se le puede hacer un ofrecimiento.

Comenta la Directora Alfaro Murillo que reducir las listas de espera es, prácticamente, imposible. No obstante, el tiempo de espera se redujo de 444 días a 350 días, por ejemplo. Pregunta si no se puede reducir en menos tiempo los días de espera.

Responde la Dra. Balmaceda que sí se podrían reducir los tiempos de espera, si se tiene un paralelo que les ayude a seguir trabajando, adicionalmente, porque en el tiempo ordinario, no se puede más de la capacidad que se tiene.

Pregunta la Directora Alfaro Murillo cuál es la recomendación médica y cuál es el plazo prudente que como médico puede sugerir que un paciente debe esperar, si se le recomendó la cirugía.

Responde la doctora Ileana Balmaceda que el tema es muy variable, dependiendo de la cirugía y del paciente, por ejemplo, una joven con una catarata puede esperar un poco más, pero si es un paciente de 80 años, el procedimiento hay que hacerlo en un mes o que sea el único ojo; entonces, se tienen que priorizar sobre la priorización. En el caso de Ortopedia no es lo mismo un reemplazo de cadera de una persona de 50 años que en una de 70 años, además, depende de la patología. Un caso muy concreto es en oncología, pues se desearía atender los pacientes el mismo día, pero en un cáncer de tiroides, a ninguna persona se le compromete la vida, porque la evolución de la enfermedad es muy lenta, se puede esperar dos meses y no le sucede nada y hasta tres meses, pero en un cáncer de colon o de páncreas, la enfermedad evoluciona muy rápido, los pacientes tiene que ser intervenidos ya, por las repercusiones que tienen. Entonces, depende de la patología, de la edad del paciente o las circunstancias que tenga la paciente. Como ilustración, una paciente que es ama de casa y tiene que atender niños, además, tiene que trabajar y tiene un problema de cadera con dolor, hay que operarla de inmediato porque es el sostén de esa familia. Entonces, son factores también sociales que hay que tomar en cuenta, pero sobre todo por ese aspecto es que se hace una priorización de la priorización.

Por su parte, el Director Fallas Camacho acota que uno de los grandes problemas de las listas de espera de la Caja, involucra todos los aspectos y la cantidad genera mucha preocupación. Le parece que la lista de espera tiene que tener el tipo de patología, de persona, lugar de acceso, entre otros elementos, para lograr manejar con criterio apropiado. Hay una serie de aspectos que se pueden posponer, dependiendo de factores, por ejemplo, dónde vive ese paciente, cuál es el acceso que tiene al hospital, para manejar la lista de espera, apropiadamente, es un problema de cada hospital y no de la Caja.

La doctora Balmaceda indica que en ese sentido, todos los hospitales han ido trabajando y en este momento hay una valoración previa antes de incluir el paciente en la lista de espera. Entonces, se le define la prioridad del paciente, en uno, dos y tres y para cada una de las prioridades, se tiene un período de tiempo, por lo que están haciendo el ejercicio.

El doctor Llorca Castro le agradece mucho la pregunta de doña Marielos Alfaro, porque en el fondo es un tema relevando de las listas de espera y, efectivamente, como lo indicó la doctora

Balmaceda y el doctor Fallas, evidentemente, hay que efectuar una priorización. No todos los casos son los mismos en el fondo de origen y los sistemas de información, tienen que proporcionar esos elementos y establecer criterios que les permitan organizar la lista de espera en función de esas prioridades. En algunos países, por ejemplo, en el Reino Unido se ha trabajado mucho el tema de la priorización, entonces, llegó un momento en que las autoridades máximas, tomaron una decisión en los casos oncológicos y resolvieron, indicando que ningún caso oncológico, con diagnóstico que requiera un procedimiento, el acceso a dicho procedimiento debe superar y se definió un plazo y fue impresionante, porque todas las personas del nivel local se tuvieron que apresurar, para buscar esas estrategias que les permiten optimizar el tiempo ordinario al máximo y mejorarlo si era posible. En el fondo tampoco ha sido una solución exitosa al 100% en el Reino Unido, porque el problema no es de fácil solución, ni es exclusivo de Costa Rica, porque es de los Sistemas de Salud más avanzados, porque la demanda crece, significativamente. En ese sentido, es lo que está señalando doña Marielos y se tiene muy bien documentado en el Hospital San Juan de Dios, por lo que la capacidad de respuesta institucional se queda corta al crecimiento de la demanda. En esos términos, se está apuntando a una realidad y se organiza distinto, para la forma de abordar el asunto, pues no se logra resolver todos los procedimientos, por lo que las jornadas de producción siempre se van a seguir necesitando.

Acota el Director Barrantes Muñoz que en el caso del Hospital San Juan de Dios, observando el estudio que está haciendo el equipo técnico, el cual está trabajando el tema de Fortalecimiento del Modelo de Prestación de Servicios, entonces, cuando se hace el mapa de cómo están a nivel de capacidad resolutive en el Segundo Nivel de Atención, el Hospital San Juan de Dios es uno de los hospitales, a los que les produce más impacto la ausencia de un Segundo Nivel de Atención y es un tema que implica esas cifras y también, a un costo mucho más elevado para la Institución.

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

La doctora Balmaceda Arias y el doctor Bartels Rodríguez se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones los doctores Roberto Cervantes Barrantes, Director; Mario Felipe Chavarría Ruiz, Subdirector, y la doctora Priscila Balmaceda Chaves, Asistente de la Dirección del Hospital San Vicente de Paúl de Heredia.

La exposición está a cargo del doctor Ruiz Cubillo y de la doctora Balmaceda Chaves, quienes presentan los resultados de los Proyectos para el abordaje de la lista de espera quirúrgica, con base en las láminas siguientes:

D)

Proyectos para el abordaje de Lista de Espera Quirúrgica

Hospital San Vicente de Paul

II)

CCSS aprueba plan de cirugía vespertina y ambulatoria

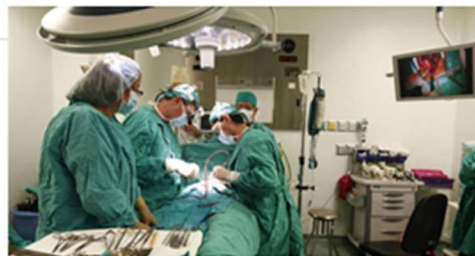
Hospital de Heredia promete operar a más de 7.000 pacientes por las tardes y sin internarlos

ACTUALIZADO EL 29 DE JUNIO DE 2016 A LAS 11:46 AM

Equipos médicos operarán casos de Ginecología, Otorrinolaringología, Urología, Vascular Periférico y Oftalmología; incluso, sábados y domingos

Programa se inicia en agosto y finalizará en 20 meses; institución invertirá €2.000 millones en pagos por producción a personal hospitalario

POR ÁNGELA ÁVALOS R.
aavalos@nacion.com



III)

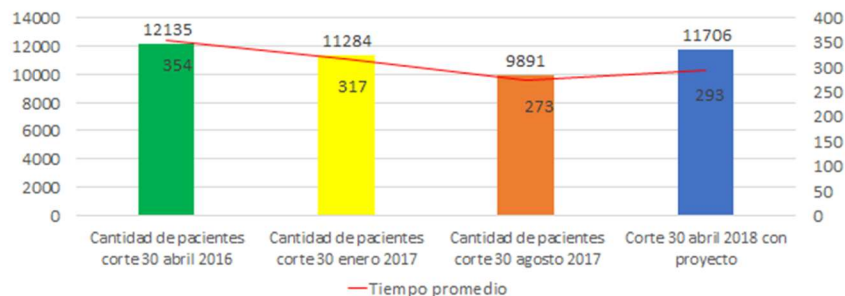
Antecedente de Proyecto Aprobado

Procedimiento	Duración del proyecto	Meta inicial	Nueva Meta con prórroga	Fecha de inicio	Fecha finalización	Monto Aprobado
Colecistectomías	20 meses	807	1235	Agosto 2016	Abril 2018	€2.324.022.445
Hernias		865	1118		Finalizó	
Lipomas		400	400		Finalizó	
Salpingectomía		1464	2536		Abril 2018	
Cataratas		1220	2325		Abril 2018	
Pterigium		600	1225		Abril 2018	
Amigdalas		600	600		Finalizó	
Septum		396	396		Finalizó	
Vasectomías		700	700		Finalizó	
Safenectomía		337	605		Abril 2018	
Total		7389	11150		Abril 2018	

IV)

Abordaje de la Lista de Espera quirúrgica

Total de pacientes y tiempo de espera promedio de la lista de espera quirúrgica



V)



VI)

Optimización del proceso quirúrgico

Fase	Indicador	Meta	Agosto 2016	Agosto 2017
Preoperatoria	Porcentaje de Operados con más de 90 días	80%	78	62
	Porcentaje Cirugías Suspendidas	4%	2	1,98
	Porcentaje de Ocupación de Cirugía	85-95%	104,25	102,47
Sala de Operaciones	Tiempo Medio de Preparación de SOP	20 min	24	15,5
	Porcentaje de salas con inicio oportuno	80% de las salas	49	91
	Porcentaje de cirugías de emergencias	Monitorear	21,1	21,8
	Porcentaje de ejecución respecto a lo programado	90%	96	91,1
	Tiempo medio de Utilización de SOP	6hrs	5,18	5,9
Posoperatorio	Satisfacción al usuario	90	93,8	98
	Porcentaje de pacientes fallecidos	Monitorear	0,2	0

Producción Ordinaria: 12 944

TUSH	
Agosto 2016	Agosto 2017
65,2	81,4

VII)

Proyecto para el Abordaje de la Lista de Espera de Ultrasonido

Hospital San Vicente de Paul

VIII)

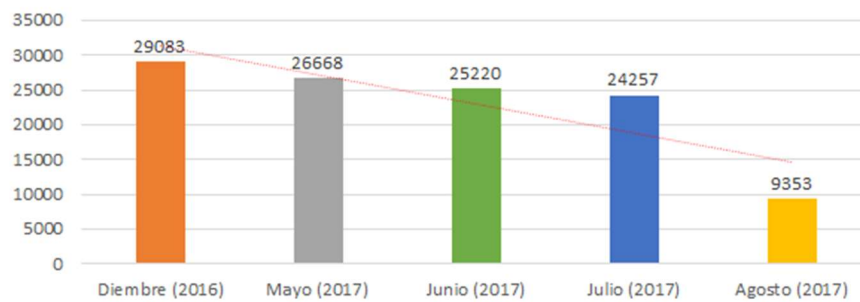
Antecedente proyecto aprobado

Especialidad	Duración del proyecto	Meta del proyecto	Fecha inicio del proyecto	Monto Aprobado
Ultrasonido	9 meses	Depurar y asignar cita de 13 634 pacientes	Junio del 2017	170.982.897,12
		432 Jornadas		

IX)

Jornadas de Producción de Ultrasonidos

Total de pacientes de la lista de espera de ultrasonidos según corte



X)

Mes	Producción Jornada Ordinara	Producción	Depurados	% Alterados de los US realizados en Jornadas
Mayo	1193	635	255	NA
Junio	769	635	256	76
Julio	1002	1099	308	58
Agosto	863	802	203	63
Total	3827	3558 Ultrasonidos (32%)		63%

16% del Gasto

XI)



El Dr. Roberto Cervantes Barrantes agradece a la Junta Directiva la aprobación del proyecto, porque cuando lo presentaron, hacía poco tiempo había sido intervenido el Servicio de Cirugía y se les asignó un presupuesto significativo, por lo que se va a presentar los avances que se han tenido. Concuera con lo indicado por don Rolando hace un momento, en que el Hospital de Heredia es uno de los más afectados por esa falta del Segundo Nivel de Atención.

El Dr. Mario Ruiz Cubillo comparte el titular de La Nación que se publicó cuando se inició el Proyecto hace un año donde que ofrecieron y prometieron que iban a operar 7.000 pacientes, utilizando todos los quirófanos en las tardes de seis especialidades. Entonces, doña Ángela Avalos visitó el Hospital y revisó el proyecto y lo que se estaba haciendo, además, observó cuando estaban trabajando y les indicó si estaban seguros de lo que estaban prometiendo y le respondieron que sí. La Licda. Ávalos indicó que volvería en un año, para observar si se estaba cumpliendo y, en ese sentido, se está presentando el avance del proyecto. Habían prometido resolver la situación de salud de 7.000 pacientes y esta Junta Directiva, les dio una prórroga y, actualmente, se han resuelto alrededor de 11.000 pacientes. Entonces, se cumplió con los 7.000 pacientes, por lo que no les preocupa que regrese al Hospital doña Ángela Ávalos a revisar, más bien están esperando que llegue para contarle el avance que se tuvo en el proyecto. En el proyecto se logró incluir todas las especialidades que tenían problema en ese momento: colestectomías, hernias, linfomas, sapingectomías, cataratas, pterigion, amígdalas y vasectomías y la meta inicial, era resolver 7.300 pacientes. Con la nueva prórroga la meta es de 11.150 pacientes, para terminar en el mes de abril del año 2018, pero ya se cumplió con la meta inicial. El Proyecto fue exitoso desde el punto de vista de reducción de pacientes y de reducción de los plazos de espera sin temor, puede indicar que ninguno de esos pacientes que está esperando, son pacientes de patologías oncológicas o urgentes. Al inicio como lo indicó el doctor Cervantes, se encontraron con un Hospital en el que hubo que intervenir el Servicio de Cirugía y utilizar las

Salas de Operaciones al máximo. En este momento, puede indicar que las Salas de Operaciones se están utilizando al máximo, entonces, se van a mediar los indicadores. El proyecto se inició con 12.135 pacientes, actualmente, tienen 11.000 pero no son los 12.000 como lo indicó la Dra. Balmaceda Arias, porque el ingreso de los pacientes a la lista de espera es muy dinámica, entonces, han ido cambiando a lo largo del período. Se comenzó con un plazo promedio de 354 días en ese momento y se habían propuesto una meta de 293 días. En este momento, se lleva un plazo promedio de 233 días y de hecho, cuando se termine el proyecto se espera que todavía el plazo logrado, sea menor a lo que se había ofrecido y, también, disminuyeron la cantidad de pacientes y se pasó de 12.000 pacientes a 9.800 como lo indicó, no son los mismos pacientes, porque se cambian y se había prometido que se iba a llegar a 11.700 pacientes, probablemente, se van a tener menos pacientes de los que se habían recibido en ese momento. Como lo indicó don Adolfo hay que determinar cuántos pacientes de son depurados, producto del Sistema de Información ARCA, entonces, la información se puede tener en tiempo real. Resueltos quirúrgicamente son 4.749 pacientes, depurados 4.750, 50% de los pacientes se operaron y un 49.7% se depuraron. Se lleva un 85% del avance del proyecto y han utilizado un 54% del presupuesto autorizado y el tema está integrado.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez si se ha utilizado el 54% de los recursos, cuánto ha se ha producido impacto en quirúrgico, porque la depuración es una obligación. Celebra que haya una depuración de esa naturaleza, pues ha producido impacto en un 54% del presupuesto o un 50% de avance del proyecto.

El doctor Mario Ruiz indica que así es.

A la Directora Alfaro Murillo le llama la que en una lista de espera como la del Hospital de Heredia, pues el 50% de los pacientes fueron depurados; por lo que le parece que cada hospital debe tener una característica de pacientes depurados distinta. En ese sentido, no se puede quedar con la explicación de la doctora Ileana Balmaceda, en función de los pacientes depurados del Hospital San Juan de Dios y los del Hospital San Vicente de Paul, entonces, le gustaría conocer por qué llegó a un 50% de pacientes resueltos y un 50% de depuración de la lista de espera.

Agrega el Director Gutiérrez Jiménez que es interesante que en el Hospital Nacional de Niños también sea un 50%.

La Ing. Alfaro Murillo señala que esa es la tendencia, pero quiere entender la razón de cada hospital, en términos de si no son las mismas en todos.

Amplia la doctora Priscilla Balmaceda que el proceso de depuración de lista de espera, requiere un trabajo que se está haciendo con el pago del tiempo extraordinario que fue autorizado. En la depuración de la lista de espera se hacen tres llamadas en diferente momento, se tiene que documentar en el Sistema la primera llamada, se vuelve a hacer una segunda llamada en un horario diferente al que se llamó la primera vez, se vuelve a registrar en el Sistema y se vuelve a hacer una tercera llamada. Entonces, en el proceso hay pacientes que indican que sí se van a operar y, posteriormente, cuando se le programó la cita, se confirma días antes y no se desean operar. Reitera, el proceso de depuración es una gestión constante que hay que hacer, efectivamente, además requiere de mucho tiempo porque no es una sola llamada, no es solo sacar el expediente, sino que es todo un proceso con todo un equipo de trabajo, para poder

realizarlo, efectivamente, la depuración en este caso la de las especialidades que participan. En el caso de ORL, es una de las especialidades con más pacientes depurados, es porque después de cierto tiempo ese paciente ya no es un candidato a un procedimiento quirúrgico. Por ejemplo, cuando era pequeño, le determinaron que tenía las amígdalas grandes, entonces, cuando se le indica la cirugía, pero es tres años después, ese paciente ya no es candidato a cirugía. Entonces, ese paciente ya está depurado y, también, depende del tipo de procedimiento que se vaya a realizar. Por ejemplo, la salpingectomía en las mujeres, algunas deciden no operarse, quieren continuar teniendo hijos y ese aspecto varía mucho. La depuración no puede ser la misma para todos los centros, ni para todas las especialidades sino que tiene ciertas condiciones.

Anota doña Marielos Alfaro que según lo que indicó la doctora Balmaceda Arias, la depuración es una, porque ya hay persona que se operaron en otro lugar. Pregunta si esa situación se dio en el Hospital de Heredia.

La doctora Priscilla Balmaceda indica que sí, hay personas que se operaron, por ejemplo, ya no viven en la Provincia de Heredia, se operó en otro centro hospitalario y no lo tenían registrado como ya operado. Hay pacientes que decidieron que no se opera, inclusive, se operaron a nivel privado. Hay mucho adulto mayor que decidió que ya no se quiere operar, entonces, esos pacientes hay que depurarlos de la lista de espera.

El doctor Ruiz Cubillo agrega que por medio de la Dirección Regional, fueron a las áreas de salud, a buscar esos pacientes para determinar cuáles eran las condiciones. Algunos se habían operado por emergencias y lo que permite el Sistema de Información es esa información, entonces, se logra determinar cuáles pacientes se están operando por emergencias, cuál fue la causa de la depuración y queda registrada esa información; por ejemplo, el hecho de que un paciente esté depurado, no significa que no se le respete su campo, entonces, si después regresa y desea que se le practique una salpingectomía, se le incluye otra vez en la lista de espera y se interviene quirúrgicamente, ese aspecto lo resalta. Uno de los aspectos en los que se comprometieron, cuando se aprobó el proyecto fue optimizar el proceso quirúrgico en la jornada ordinaria y se propusieron un índice de gestión en la Sala de Operaciones. Entonces, los resultados del índice de gestión de Sala de Operaciones, se miden globalmente mediante el tiempo de utilización de la Sala, con diferentes variables en términos de cómo evoluciona el paciente y qué se está haciendo. Hace hincapié en que cuando se inició el proyecto, la meta era operar el 80% de los pacientes que tuvieran más de 90 días en la lista de espera y en este momento, se está con el 62% pero es porque ya se operaron los pacientes antiguos, por lo que se están operando los pacientes del año 2017. El porcentaje de cirugías suspendidas ofrecieron un 4%. El porcentaje de cirugías suspendidas es de un 1.98%, el porcentaje de ocupación del Servicio de Cirugía, lo ideal es que no esté por encima de un 100% y se disminuyó a un 102% de 104%, ese aspecto muestra la rotación de las camas, pues es un índice muy importante. En cuanto al tiempo de preparación de la Sala de Operaciones, es decir, entre cirugía y cirugía fue disminuido de 24 minutos en el mes de agosto a 15.5 minutos y es lo que está tardando en este momento entre cirugía y cirugía. El porcentaje de inicio de la Sala de Cirugía en el mes de agosto del año 2016 es de 50%, si las cirugías iniciaban oportunamente. Actualmente, el 91% de los procedimientos se inician oportunamente. El porcentaje de cirugías de urgencias se mantiene en un 20%. El porcentaje de ejecución de lo programado en un 91% y el tiempo de utilización de la Sala de Operaciones es de 6 horas.

Consulta el Director Loría Chaves si la información que se está presentando, es producto de un aprovechamiento al máximo de Sala de Operaciones y qué sucede con el ausentismo.

El doctor Ruiz indica que se tiene un ausentismo que varía de acuerdo con la especialidad. En ORL es elevado, aunque en este momento no lograría indicar el porcentaje exacto. En Cirugía General no hay un ausentismo. Lo que se está tratando de hacer es que el paciente confirme la cirugía antes del procedimiento, entonces, el ausentismo en Sala de Operaciones como tal, no se observa reflejado, porque si el paciente día antes indica que no se presentará para la operación, no se programa el procedimiento.

Pregunta el señor Loría Chaves qué se hace con ese tiempo.

El doctor Mario Ruiz responde que, como ilustración, es un tiquete de avión, se lo dan a otra persona.

Don José Luis pregunta si por especialidades como cirugía hay ausentismo.

El doctor Ruiz responde que en todas las especialidades, siempre hay uno o dos pacientes que faltan, pero siempre hay pacientes de emergencias que se programan para utilizar la Sala de Operaciones.

La doctora Balmaceda Chaves agrega que en el Hospital de Heredia, se tiene un Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, entonces, ese equipo de trabajo, constantemente está confirmando la cirugía el día antes, es decir, prepara el paciente para poder asegurar su programación. En ese sentido, el día antes se pasa los expedientes completos, se revisan pre-operatorios porque una de las causas por las que se suspendían cirugías, era porque no tenían los pre-operatorios completos. Por lo que en este momento para poder garantizar y disminuir el porcentaje de suspensión, el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, garantiza que ese paciente tiene todos los preoperatorios. Si hay un paciente que no lo tiene, de inmediato, se le indica que no se presente a la cirugía y se sustituye por otra persona.

El doctor Mario Ruiz indica que si el paciente no se presenta, o si se suspende el procedimiento se le da seguimiento, para determinar por qué se suspendió. Por ejemplo, si el paciente se presenta resfriado o se le elevó la presión antes del procedimiento, igual se sustituye pero se analiza, posteriormente, con el grupo gestor de Sala de Operaciones, para conocer por qué se suspendió ese paciente.

La doctora Balmaceda Chaves agrega que hay actividad de gestión que hace en cada especialidad, por ejemplo, en la de Ortopedia muchas veces se puede tener más ausentismo, porque se dejan uno o dos pacientes para que no se les dé nada vía oral en hospitalización para poder tener ese paciente para poder sustituir.

El Director Devandas Brenes pregunta por qué el porcentaje de lo programado disminuyó del año 2016 al año 2017.

La doctora Priscilla Balmaceda responde que es muy variado. En ese sentido, el Hospital tiene la información comparativa de un año, comprendida de los meses de agosto del año 2016 al mes de

agosto del año 2017, pero no la tiene en este momento; en la cual se determinó que hay meses en que estaba en un 94%, otro dato estaba en un 95%. Esa situación se ha dado porque en ocasiones los pacientes estaban resfriados y no se podían operar, entonces, no se cumplió lo que estaba programado el día anterior, pero el mismo día se programaba otro paciente.

El doctor Ruiz Cubillo aclara que no significa que no se haya operado sino que se cambió el paciente, pero se cumplió con la meta, pues la Sala de Operaciones se tiene que utilizar al 100%. En el caso de la satisfacción al usuario fue un tema solicitado por la Junta Directiva, por lo que se hizo una encuesta a todos los pacientes que se operaron; entonces, después de que se operaron los pacientes, se tiene que el 98% de las personas están bien y el porcentaje de pacientes fallecidos fue de un 0.01111%. El TUSH establecido en el año 2016 fue de un 65%, actualmente, está en el 80% y está ligado a la producción ordinaria. Se han operado 11.000 pacientes en la jornada extraordinaria y en la producción ordinaria se tiene 12.000 pacientes. Entonces, en lo global y en general, en el Hospital se han resuelto 24.000 pacientes en esos doce meses.

La doctora Priscilla Balmaceda se refiere al Proyecto de Ultrasonido, el cual lleva actualmente tres meses. Fue aprobado para una duración de nueve meses. La meta inicial se estableció para depurar 13.634 pacientes que estaban en lista de espera pendientes de resolver, entonces, se definieron 432 jornadas de ultrasonido que son equivalente a 11.000 pacientes. El proyecto inicio en el mes de junio del año 2017, por un monto aprobado de alrededor de ciento setenta y un millón de colones. La lista de espera de ultrasonidos a diciembre del año 2016, era de 21.000 ultrasonidos y para el mes de mayo del año 2017, la lista de espera ascendió a 26.000 pacientes, para el mes de junio del año 2017 la cantidad era de 25.000 pacientes, para el mes de julio del año 2017, el número de pacientes era de 25.000 y con esa cantidad se inició el proyecto. Por lo que se hizo todo un proceso de depuración de los 13.000 pacientes que estaban en la lista de espera, por lo cual se hizo llamado masivo a todos los pacientes de la población de Heredia que tenían ultrasonidos pendientes de los años del 2012 al 2014, con el fin de que se presentaran al Hospital de Heredia para que se les practicara los ultrasonidos. El llamado se hizo por medio de las emisoras radiales y una logística amplia. Se presentaron únicamente diez pacientes, aunque se les garantizaba que si se continuaban presentando personas, se les realizaba el procedimiento. Actualmente la lista de espera está en 9.353 pacientes.

En cuanto a los ultrasonidos, pregunta el Director Fallas Camacho, cuáles realmente son de patología y cuáles no.

La doctora Balmaceda Chaves indica que esta disminución significativa en procedimientos, es producto de que el proyecto tenía la depuración de los 13.000 pacientes que estaban pendientes de ser atendidos en una lista de espera. El problema en los ultrasonidos, es en el sentido de que no es por procedimiento quirúrgico, entonces, no significa que si a la personas se le intervino quirúrgicamente, no se le va a realizar un ultrasonido más, porque el paciente requiere que se le realice otro procedimiento. No obstante, puede ser que el paciente se lo haya realizado a nivel privado y en el Hospital de la Caja, pero su deseo es que se lo sigan haciendo para conocer cómo está, entonces, la situación es más compleja. En este caso, se hizo todo el proceso de depuración y se lograron eliminar pacientes de la lista de espera. En ese sentido, el Hospital certificó que esa cantidad de personas, ya no está en la lista de espera y es así como se logró disminuir a 9.353 pacientes. Entonces, partiendo de esa lista de espera, se iniciaron las jornadas

de producción y muestra un cuadro, con la información en términos de que se han resuelto 2.536 pacientes, de los cuales se han depurado 1.022 pacientes y el porcentaje es un 28% del total de pacientes que se han abordado diferente al quirúrgico, porque a algunos pacientes el ultrasonido se les ha tenido que realizar, por ejemplo, dos, tres o cuatro veces, entonces, el porcentaje es diferente. El 63% de los ultrasonidos estaban alterados de los 2.336 ultrasonidos que se realizaron.

Pregunta el Dr. Fallas Camacho si se demostró la patología clínicamente.

La doctora Priscilla Balmaceda responde que se tienen los diagnósticos. Continúa y señala que en total se han abordado 3.558 pacientes del proyecto, es decir, el 32% porque solo se han trabajado tres meses en el proyecto y el porcentaje de ejecución es de un 16% del gasto autorizado.

Agrega el doctor Ruiz Cubillo que en el Hospital se está usando el Sistema de Información de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) por procedimientos a la par de ultrasonidos y cuando se realiza como un proyecto piloto, el reporte del ultrasonido inmediatamente le queda a los compañeros de las Áreas de Salud entonces si están regulando que ya en las Áreas de Salud no le pidan otro ultrasonido porque ellos pueden ver en tiempo real el reporte que hace el radiólogo y para setiembre del 2018 eso va a estar a nivel nacional.

Pregunta la Directora Alfaro Murillo que si son ultrasonidos que se hacen, sale el reporte de inmediato.

La doctora Balmaceda Chaves indica que los procedimientos se resuelven inmediatamente, al paciente le hacen el ultrasonido, entonces, egresa con el reporte y el reporte queda registrado en el sistema.

El doctor Mario Ruiz se refiere a la filmina en la que se presenta el equipo de Sala de Operaciones y comenta que solamente se observa una parte, porque se depende de los encargados del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, así como los especialistas, los funcionarios de Redes que ayudan en la programación, pues sin su apoyo el proyecto no sería posible. No obstante, el equipo de trabajo está muy comprometido y, por ejemplo, determinan el impacto que se produce en sus familias también, porque en todas las familias hay un familiar que en algún momento necesita ser operado. Agradece la confianza que depositaron en ellos cuando comenzaron con esto.

El Dr. Llorca Castro agradece la presentación.

Anota la Directora Alfaro Murillo que en cuanto a lo que indicó el doctor Ruiz, en un 63% de los pacientes se presentaron algunas patologías. No obstante, había pacientes esperando mucho tiempo, algunos pudieron haberse resuelto antes, por ejemplo, en lo privado porque requerían su diagnóstico pronto y oportuno. Su pregunta es cuánto tiempo es razonable que un paciente espere, para que se le practique un ultrasonido de esa naturaleza, el cual le permita confirmar o no si tiene una patología, porque la lista de espera continúa estando en 12.000 pacientes, por ejemplo, si aplica la matemática simple el 60% de 12.000 pacientes es una cantidad elevada y podrían presentar alguna patología. Entonces, cual es el tiempo razonable de espera y qué se

necesita en el Hospital San Vicente de Paul, para disminuir la lista de espera y el tiempo de espera en ultrasonidos, porque el tema es que cuando se indica que el tiempo se espera y la lista de pacientes va disminuyendo, la situación se observa perfecta, hasta que el doctor Ruiz o la doctora Priscilla Balmaceda indican que confirmaron algún tipo de patología. Entonces, el problema es si se atrasa el procedimiento o un examen, el cual permita hacer el diagnóstico. Pregunta qué se ocupa y qué se puede hacer porque, entonces, la cifra de 12.000 pacientes en la lista de espera no le satisface. Le gustaría que fueran 1.000 pero son 12.000 pacientes.

Aclara la doctora Priscilla Balmaceda que el Hospital tiene una priorización, por lo que los pacientes que son prioridad, las boletas son revisadas con los especialistas y el procedimiento se realiza en jornada ordinaria y en los tiempos razonables según la patología por la que fue referido el pacientes. Los pacientes que son catalogados con prioridad dos, no están en la lista de espera y se les da cita a cupo, entonces, de una forma se garantiza que el paciente que requiere se le practique un ultrasonido de carácter urgente por la patología, puede ser atendido en el menor tiempo posible. Además, cuando se observan ultrasonidos alterados, hay una gran gama y habría que estratificar los diagnósticos, porque si el paciente tiene el hígado graso, el paciente tendrá un ultrasonido alterado pero no. Necesariamente, una patología que necesite una urgencia.

Agrega el doctor Ruiz Cubillo que esa fue una de las preguntas que se hicieron, en términos de cuántos de esos pacientes tienen una patología grave y qué hacer. Por lo que se dieron a la tarea junto con los especialistas en Radiología, para definir protocolos de referencia de ultrasonidos. En ese sentido, visitaron las once Áreas de Salud, se les explicó a los médicos generales cuáles son los tipos de ultrasonidos, cuáles son los protocolos para pedirlo y si se tiene que realizar un ultrasonido urgente, se comuniquen con el Jefe de Radiología. En este momento, todos los pacientes que ingresen al Hospital con una boleta son valorados y la boleta que cumple con esos protocolos, al paciente se define una categoría, por ejemplo, la uno, la dos o la tres. Como ejemplo, la boleta categorizada con la uno, el paciente es atendido de inmediato. Comenta que habían reportajes en los que se indicaba que el Hospital de Heredia, daba cita para ultrasonidos de cáncer de mama a tres años plazo, por ese aspecto se inició este proceso, porque se tienen que asegurar que los pacientes que de verdad ameritan un ultrasonido urgente, se les aplique esa urgencia.

Añade la doctor Balmaceda Chaves que en la información se logra observar que en la jornada ordinaria, se hizo casi la misma cantidad de ultrasonidos que se en la jornada extraordinaria, pero en la jornada ordinaria casi se está atendiendo todos los pacientes con categoría uno en la prioridad, entonces, son todos los casos que se revisan y son urgentes, pues están en las agendas de los especialistas que están alrededor del 80% de su tiempo, realizando ultrasonidos porque reportan radiografías y TAC en tiempo extraordinario.

El doctor Mario Ruiz le indica a doña Marielos Alfaro que respondiendo a la pregunta de qué es lo que se necesita para resolver la problemática, es reforzar el Primer y Segundo Nivel de Atención. En ese sentido, los ultrasonidos se podrían realizar en esos niveles de atención, ya sea por Radiólogo o por médicos generales capacitados y, en ese sentido, el Hospital de Heredia atiende ese flujo de pacientes que son referidos del Primer y Segundo Nivel de Atención.

El doctor Fallas Camacho señala que le satisface y agradece el informe que se está presentando, pues es producto de una acción que se ha ejecutado, dada una aprobación que esta Junta

Directiva dio a una solicitud específica, sino que demuestra la forma de actuar del Hospital y así le gustaría observar todos los hospitales trabajando.

Los doctores Cervantes Barrantes, Ruiz Cubillo y la doctora Balmaceda Chaves se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Hilda Oreamuno Ramos, en representación del doctor Zeirith Rojas Cerna, Director de la Clínica de Coronado.

La presentación está a cargo de la doctora Oreamuno Ramos, quien se refiere al impacto del Proyecto de jornadas de producción de ultrasonidos, con base en las siguientes láminas:

a)

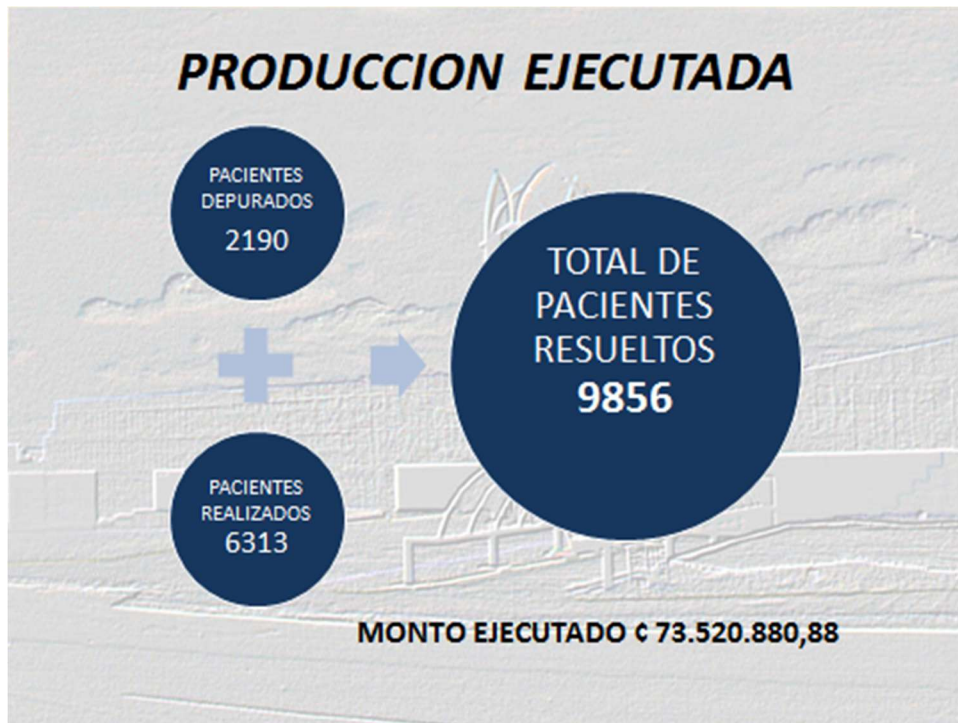


b)

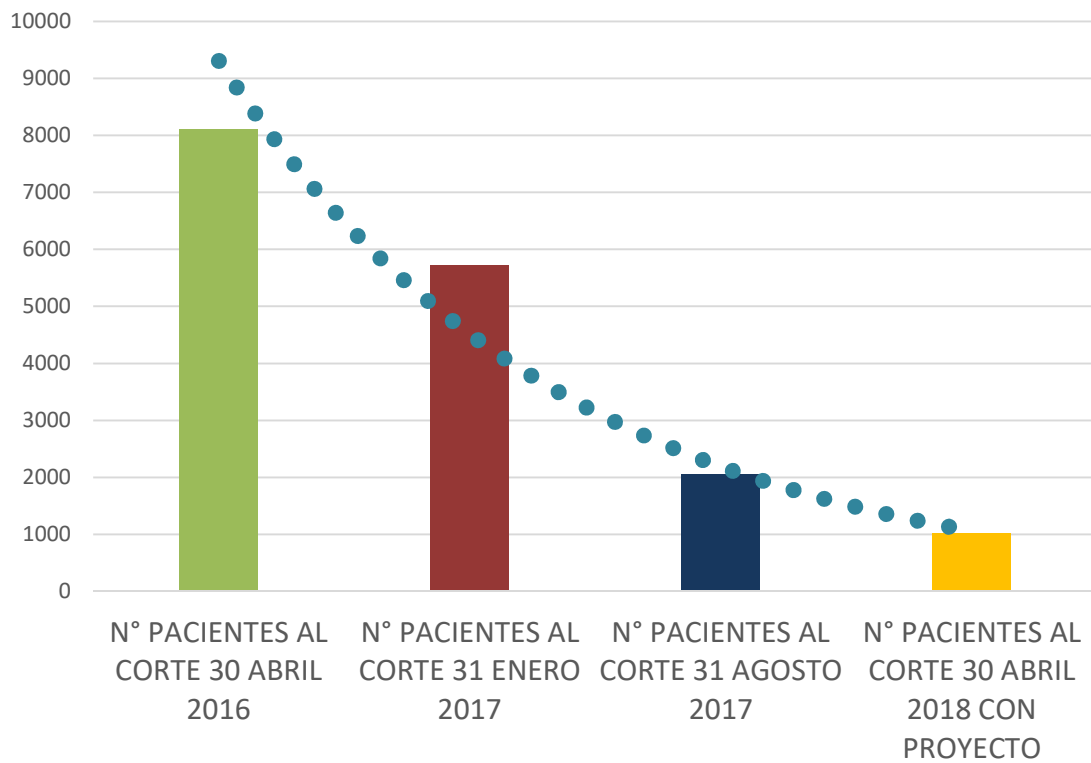
ANTECEDENTES PROYECTO:
Proyecto aprobado por Junta Directiva en Artículo 14,
Sesión N°8868

PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
Ultrasonidos	Hasta completar Jornadas o Monto	270 JP	14-11-2016	¢138.627.467,80

c)



d) Impacto en la lista de espera:



La doctora Hilda Oreamuno Ramos presenta el Proyecto de Jornadas de Producción que fue aprobado para ultrasonidos de la Clínica de Coronado. En ese sentido, a la Clínica de Coronado se le aprobó el Proyecto de Ultrasonidos, se había aprobado por un período de seis meses, se solicitó una prórroga y les concedió hasta completar las jornadas o llegar al monto. La meta del proyecto era realizar 260 jornadas de producción, las cuales iniciaron a mediados del mes de noviembre del año 2016, el monto aprobado fue por ciento treinta y ocho millones de colones. Entonces, se ha resuelto la lista de espera como tal y la que se tenía pendiente, solo hay 158 pacientes que no lograron localizar; sin embargo, no los depuraron y están en la lista porque los pacientes tienen cita en el mes de noviembre o diciembre de este año.

Respecto de una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez, responde la doctora Oreamuno que los pacientes depurados son 2.190. Producto de la iniciativa del proyecto se logró disminuir la lista de espera, actualmente hay 2.157 pacientes en lista de espera, incluidos los 1.200 pacientes que ingresaron el año pasado, más un grupo del mes anterior y los pacientes que no se lograron localizar. Hace énfasis en que con el proyecto se logró tener la capacidad de realizar setecientos ultrasonidos en la jornada ordinaria, pues ingresa un promedio mensual de 1.800 ultrasonidos, entonces, se genera una brecha de 400 ultrasonidos y es la que no se ha logrado disminuir. Sin embargo, el proyecto se ha duplicado en un 86% en la cantidad de pacientes y en cuanto a la ejecución del presupuesto, se ha logrado una ejecución de un 56% y lo que se espera es determinar si se logra continuar con las jornadas de producción, para lograr resolver esa brecha de 400 pacientes que ingresan mensualmente a la lista de espera.

La doctora Ramos Oreamuno se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Douglas Montero Chacón, Director del Hospital México.

La exposición, en cuanto a atención de usuarios en lista de espera bajo la modalidad de jornadas de producción, está a cargo del doctor Montero Chacón, con base en las láminas que se especifican en adelante:

1)

ATENCION DE USUARIOS EN LISTA DE ESPERA BAJO LA MODALIDAD DE JORNADAS DE PRODUCCION

HOSPITAL MEXICO

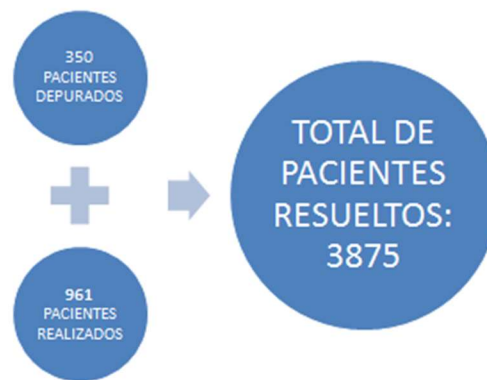
2)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
CIRUGIA GENERAL	2 AÑOS	Disminuir el tiempo de espera un 50% Resolver 624 casos por año.	2 DE MAYO DEL 2017	2.152.715.676
VASCULAR PERIFERICO	1 AÑO	Disminuir el tiempo de espera un 50%	2 DE MAYO DEL 2017	927.521.975,52
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	1 AÑO	Ginecología: atender 960 casos y disminuir a 334 días de espera Obstetricia: atender a 600 Casos y disminuir la lista a 45 días	2 DE MAYO DEL 2017	927.521.975,52
RADIOLOGIA	1 AÑO	Disminuir el plazo de espera en un 50% En realización de US y reporte de TAC.	2 DE MAYO DEL 2017	125.521.835,5
PATOLOGIA	1 AÑO	Reportar al día las biopsias	2 DE MAYO DEL 2017	De acuerdo a la cantidad de tiempo extraordinario
CARDIOLOGIA	6 MESES RENOVABLE	Plazo promedio de espera menor a los 60 días	1 de junio del 2017	Proyecto de Gerencia Médica.

3)

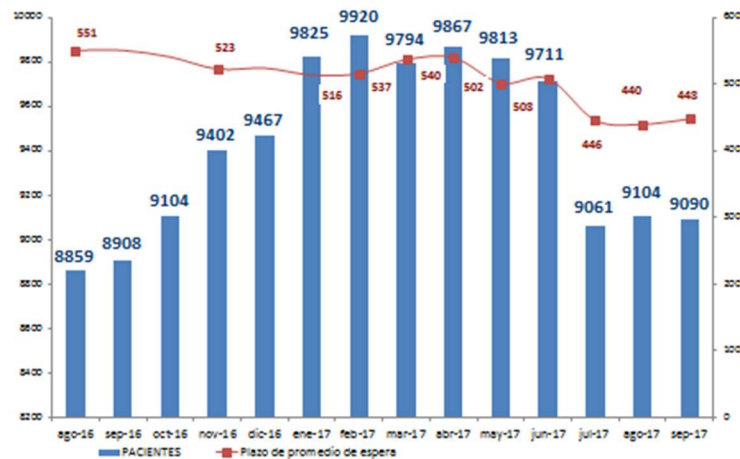
PRODUCCION EJECUTADA



MONTO EJECUTADO €572.533.673

4)

IMPACTO DE LA LISTA



El doctor Douglas Montero Chacón comenta que explicará un asunto que no se relaciona con la presentación, se trata de un proyecto que se incluyó en el Hospital México para celebrar el otro mes el día del hombre y promover la salud del varón. Por lo que algunos médicos se están dejando crecer la barba y algunos que ya la tienen, se la eliminarán en el mes de noviembre próximo. Lo anterior, para justificar su presentación y, además, señala que si algún Director desea participar en la actividad, colaborarán barberos profesionales y aportarán a la iniciativa.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez cuál es la fecha.

El doctor Montero responde que será es entre el 7 al 20 de noviembre de este año. En cuanto a la presentación muestra los proyectos que se tienen en ejecución actualmente. Un proyecto es de Cirugía General, el cual es, básicamente, para intervenir hernias y vesículas, un proyecto de Vascular Periférico para resolver venas, un proyecto de Ginecoobstetricia que es para cirugías ginecológicas de cirugía ambulatoria y salpingectomías, los cuales incluyen radiología, patología y cardiología. En radiología son ultrasonidos y TACS, entonces, de esos pacientes se han depurado 350, ese proyecto tiene cuatro meses de ejecución, porque fue el último aprobado, entonces, tienen cuatro meses y se han atendido 971 pacientes y se han resuelto 3.871.

Pregunta el señor Presidente Ejecutivo por qué se aprobó de último ese proyecto.

Responde el doctor Montero Chacón que anteriormente se tenía otro proyecto, entonces, se concluyó y se presentó una nueva temporada.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez cuál era su universo.

Indica el doctor Douglas Montero que los asuntos no están separados, pero los procedimientos quirúrgicos son un universo, así como los ultrasonidos, los TAC y la patología.

Anota el licenciado Gutiérrez Jiménez que para entender los números, se necesita conocer cuál es el universo, por ejemplo, para entender que 350 pacientes representan equis.

El doctor Douglas Montero indica que representa alrededor del 20%.

La Gerente Médico interviene y aclara que en Cirugía el total de pacientes es de 6.903.

Pregunta el Director Loría Chaves sí cuando se hace referencia de 3.875, se trata de que sean pacientes que se resuelven en una jornada extraordinaria.

Explica el doctor Montero Chacón que lo que se está atendiendo en esa jornada especial, son prácticamente casos que no se resuelven en el día, por ejemplo, no se tiene tiempo para atender los casos de venas, vesículas y hernias en un Hospital que tiene menos Salas de Operaciones, o por asunto de licencias. Entonces, los pacientes que se atienden en el día son casos muy especiales, por ejemplo, pacientes de algo riesgo que hay que intervenirlos por una situación de la vesícula. Por otra parte, los pacientes hipertensos se tienen que atender en el día, pero la cantidad es poca, por lo que no es representativa. En ese sentido, la mayoría de los pacientes de la lista de espera se resuelven en las jornadas de producción. Muestra el impacto que se ha producido en la lista de espera desde que se inició con las jornadas de producción, entonces, el

primer mes es poca la producción, pero se observa que el tiempo de espera ha disminuido significativamente y la cantidad de pacientes, por lo que se está produciendo un impacto en la lista de espera.

El Director Devandas Brenes indica que, entonces, se tienen 9.000 pacientes en espera, con 448 días promedio.

El doctor Douglas Montero señala que, anteriormente, no se lograba disminuir la lista de espera y en este momento, se logra observar el descenso que se ha producido desde el mes de agosto del año 2016 a la fecha.

La Directora Alfaro Murillo acota que desde el punto de vista operativo, puede indicar que está muy bien haber disminuido la espera en 100 días, se produjo un impacto significativo; no obstante, los Directores están observando números fríos, porque para un paciente sigue siendo más de un año, entre un año y medio, alrededor de dos años, entonces, la pregunta es si continúa siendo un tiempo de espera elevado.

Sobre el particular, indica el doctor Montero Chacón que es una cifra promedio. En esas jornadas de producción hay aspectos buenos y no muy buenos y en las limitantes, nuevamente, se tiene un TUSH de uso de las Salas de Operaciones de un 93%, no es el último mes, ya hace varios meses es de un 90%, entonces, el TUSH es elevado y se están utilizando las Salas de Operaciones bien. Además, la rotación de camas en Cirugía es bastante rápida de dos a tres días, lo que sucede es que ya no se tienen más Salas de Operaciones y, además, no se tienen más Anestesiólogos para lograr producir más, aunque se tienen cirujanos disponibles.

Pregunta el doctor Devandas Brenes que significa lo anterior.

El doctor Montero explica que esos cirujanos deberían estar operando y no lo están haciendo.

Pregunta el Director Loría Chaves qué es lo que se necesita para producir más.

Responde el doctor Montero Chacón que se requieren más Salas de Operaciones y Anestesiólogos.

Al señor Loría Chaves le parece que se debe coordinar con la Gerencia Médica para que dote de más Anestesiólogos al Hospital México, porque se tiene los cirujanos con la habilidad, así como con el conocimiento específico. Le preocupa que el Hospital México no tenga los Anestesiólogos que requiere, porque se están construyendo cinco Salas de Operaciones más con 30 camas, por lo que se internarán más personas y se resolverán más casos.

Al respecto, indica el doctor Montero Chacón que se espera que cuando esté concluido el proyecto de las Salas de Operaciones, la Institución cuente con todos los anestesiólogos que se están produciendo y se logre resolver esa situación.

El Director Barrantes Muñoz pregunta si la complejidad de esa lista de espera, exclusivamente, requiere ser atendida en el Hospital México.

Responde el doctor Douglas Montero que hay una parte de cirugía que se está negociando con COOPESAIN, para tratar de optimizar la Sala de Operaciones de esa Cooperativa, la cual no se está utilizando para resolver cirugías del Hospital México. Se tiene la agenda y estuvo reunido con la doctora Ileana Balmaceda, porque se requiere que se exploren también, los consultorios de la Clínica Católica, para determinar si se podrían alquilar para resolver pacientes en lista de espera.

El doctor Llorca Castro le indica al doctor Montero que hizo referencia de dos datos muy interesantes. El tema de la rotación de la cama quirúrgica, pues indicó que está en dos y tres días y el segundo tema, se relaciona con que se están esperando las cinco Salas de Operaciones del Hospital México, las cuales están prácticamente equipadas, pero se requiere el Anestesiólogo incluido.

La Directora Alfaro Murillo señala que dentro de la Red que corresponde al Hospital México, están otros hospitales que también brindan servicios de cirugía. La diferencia con el Hospital San Juan de Dios es que no tiene ese esquema.

La doctora Villalta Bonilla indica que es cierto, el Hospital San Juan de Dios tiene el CAIS de Desamparados y el CAIS de Puriscal, ambos se están utilizando pero ya un hospital como tal con Salas Quirúrgicas, para realizar operaciones de mayor complejidad, no lo tiene el Hospital San Juan de Dios. El Hospital México sí lo tiene porque tiene los Hospital de Heredia y Alajuela pero, también, en el Hospital México se tiene un área de atracción directa pues, además, atiende pacientes de baja complejidad, es decir, se intervienen hernias y vesículas, igual que todos los hospitales del país.

La Ing. Alfaro Murillo indica que el tema es que se justifica, es un poco para entender el planteamiento que hace la doctora Balmaceda Arias y, en este momento, el doctor Montero refuerza que es como opción el alquiler de quirófanos. Le queda claro con lo que indicó la doctora Villalta que en el caso del Hospital San Juan de Dios es incuestionable, es un requerimiento porque no tiene la Red de soporte para atender cirugías, no hay forma de que ese Hospital, resuelva su problema sino utiliza medidas que se podrían denominar extraordinarias y una de esas, es el alquiler de quirófanos. Entonces, le queda claro para apoyar esta tesis o el planteamiento que hizo la doctora Balmaceda y, en este momento, el doctor Montero indica que también por otras características que tiene el Hospital México, podría ser una vía de resolver la situación. Le parece que se tiene que considerar como parte de las medidas urgentes para lograr resolver las listas de espera.

Agrega la doctora María Eugenia Villalta que el Hospital México tiene capacidad limitada, con la reducción del número de Salas de Operaciones que tiene y lo que está haciendo, es recuperando la capacidad instalada que tiene que tener.

El doctor Montero Chacón se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Taciano Lemos Pires, Director del Hospital Calderón Guardia.

Seguidamente, el doctor Lemos Pires se refiere a los resultados del Proyecto de gestión de listas de espera del Hospital Calderón Guardia, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

a)

PROYECTO GESTIÓN LISTAS DE ESPERA

HOSPITAL RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA

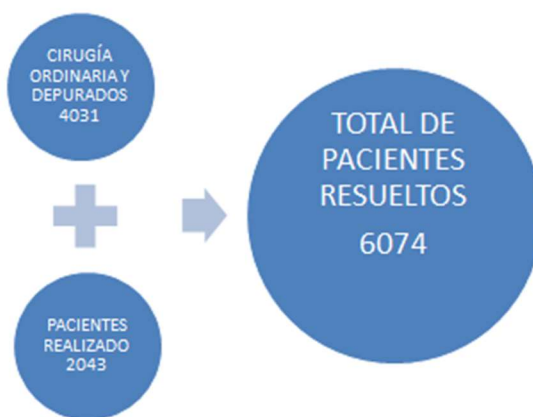
b)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
Cirugía General	13 meses	998 colecistectomía 851 hernio plastias	2 de enero 2017	418,573,00,21
Urología	3 meses	48 RTU	3 de enero 2017	80,702,146,30
O.R.L	3 meses	96 adenoides, tabiques y amigdales	2 de enero 2017	96,393,00,00
Ortopedia	3 meses	72 reemplazos 300 artroscopias	10 de enero 2017	103,976,221,30
Cirugía Tórax	3 meses	96 cirugías	3 de enero 2017	96,393,00,00
Neurocirugía	6 meses	80 hernias disco simples de un nivel	20 de enero 2017	215,203,684

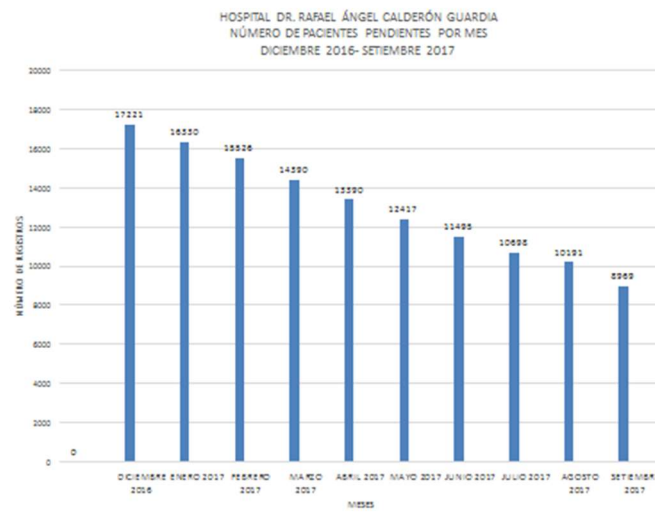
c)

PRODUCCION EJECUTADA



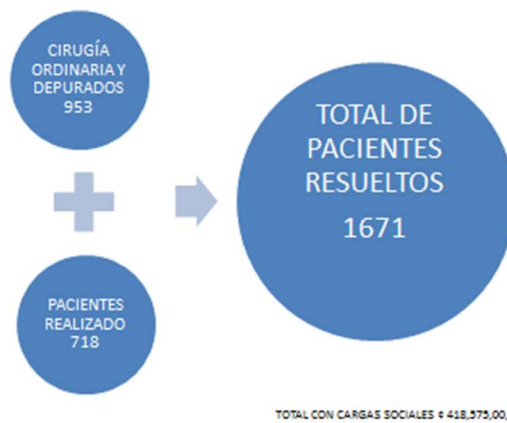
TOTAL CON CARGAS SOCIALES € 1,163,874,433

d)



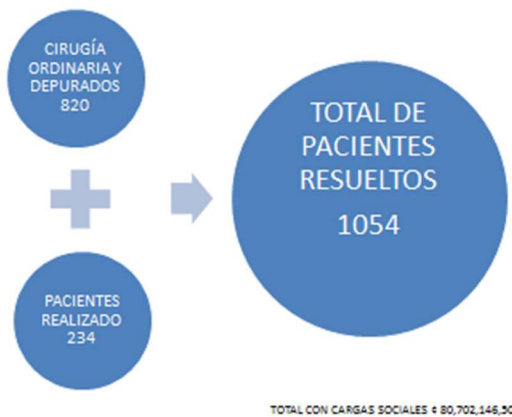
e) ANEXOS

Cirugía General



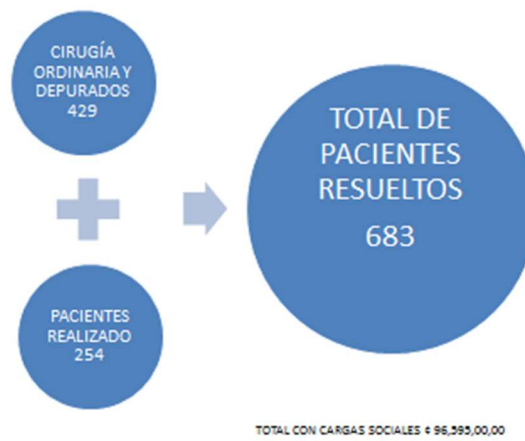
f)

Urología



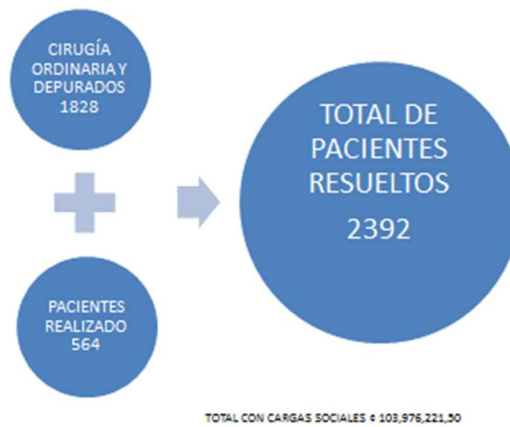
g)

ORL



h)

Ortopedia



i)

Cirugía de Tórax



j)

Neurocirugía



El Dr. Taciano Lemos Pires refiere que en el mes de enero de este año, le habían presentado a consideración de la Junta Directiva, un proyecto para resolver la lista de espera quirúrgica, en el cual se habían pactado las especialidades que se tenía Cirugía General, Urología, ORL, Ortopedia, Cirugía de Torax y Neurocirugía. Se había pactado tiempos diferentes porque se trataban de patologías diferentes. En cuanto a las metas del proyecto de cirugía general, se hizo de referencia de colecistectomías y hernioplastías, pero en Neurocirugía se puede tratar, incluso, de hernias de disco. En ese sentido, se puede observar que cada programa tuvo tiempo y complejidad muy diferente, por ese aspecto no es homogéneo, los diferentes programas empezaron de alrededor del 02 al 15 de enero de este año, en Neurocirugía el proyecto inició el 20 de enero del año 2017 con un tema logístico. El monto aprobado en su totalidad por especialidad fue de mil doscientos millones de colones. La producción total ejecutada y aclarada un tema de los otros directores, pues el total de pacientes resueltos son 6.064 en lo que correspondía al programa, entonces, pacientes operados 2.043 y su capacidad era de 2.500 del programa en sí, dado que era el tope de 1.500 pacientes y depurados 4.031. En ese sentido, el asunto de los pacientes depurados fue un 68%, no obstante, se sumaron las cirugías de hernia ordinaria, porque sí se intervienen hernias en la noche, también se operan en el día y no todos los casos se resolverían en la noche. Entonces, el costo total del impacto en la ejecución presupuestaria fue de mil millones de colones y el cierre del proyecto fue de mil sesenta y tres millones de colones. En lo relacionado con la lista de espera, hay un descenso considerable a la fecha de 17.221.

Interviene el Director Devandas Brenes y anota que en todas las presentaciones, las cantidades globales de la izquierda suman lo de la derecha, salvo en la del Hospital México, lo indica para que se revise y así le hizo la observación al doctor Montero.

Continúa el Dr. Taciano Lemos y anota que el comportamiento general de la lista de espera en el mes de enero de este año fue de 17.000 y en el mes de setiembre del mismo año es de 8.979, no es solo el programa, porque se optimiza lo que era la operación en tiempo ordinario, por ejemplo, no se puede operar después de las 4:00 p.m. si no se está operando adecuadamente de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., ese aspecto produjo impacto en el funcionamiento. Se produjo un impacto

significativo en el tiempo de espera, pues de un promedio de 579 días, se disminuyó a 451 días, entonces, se generó impacto en ese aspecto y se tuvo la opción de mejorar. La intención del Hospital Calderón Guardia, es volver a sentar esos días y hacer otra propuesta de continuidad, para la lista de espera que quedó pendiente de resolver, pero el programa en sí concluye en este mes, entonces, se tendría que analizar la posibilidad de continuar con dos especialidades.

El señor Presidente Ejecutivo indica que ese aspecto se revisará luego.

Al Director Loría Chaves le parece que se debe revisar si en esas jornadas de producción, la mecánica es pagar a destajo a empleados de la Caja. Pregunta qué se requiere en los Hospitales San Juan de Dios, México y Calderón Guardia para habilitar dos turnos ordinarios y las Salas de Operaciones.

El doctor Taciano Lemos indica que es muy difícil esa propuesta de tener dos turnos en Sala de Operaciones, porque consiste en la disponibilidad de recuperación, la capacidad de recibir pacientes y también de hospitalización.

Cree el señor Loría Chaves que lo crítico es la recuperación.

Comenta el doctor Lemos Pires que el Hospital Calderón Guardia hoy tiene un problema, en términos de que tiene 35 camas de recuperación y la proyección para que pueda funcionar con los Quirófanos que tienen abiertos debería ser 48 camas. Entonces, si se contara con una Sala de Operaciones limpia con Anestesiólogo y cinco camas de recuperación aparte, entonces, sí se podría.

El Director Devandas Brenes pregunta si para habilitar el segundo turno, además de las Salas de Recuperación requeriría Anestesiólogo.

El doctor Taciano Lemos indica que sí, así como personal de redes y el equipo de apoyo para funcionar.

Manifiesta el doctor Devandas Brenes que el recurso humano más escaso es el Anestesiólogo.

El Director Loría Chaves señala que se podría pensar en un plan piloto, entonces, la Junta Directiva podría indicar que para el próximo año se contraten Anestesiólogos. Siempre piensa que los Hospitales Nacionales deberían de estar para intervenir en cirugía mayor y hacer procedimientos a partir de mediana complejidad, entonces, también en esas estadísticas sería bueno que se presentaran lo que es la lista de cirugía de ortopedia que tienen más pacientes en lista de espera en cirugía menor, por ejemplo, se operaría una rodilla con láser. Entonces, es importante que para esos análisis, se tiene que separar la cirugía ambulatoria de la cirugía mayor o de atención y la Junta Directiva se podrían comprometer, para aprobar lo que planteó el Dr. Douglas Montero, en el sentido de alquilar en un hospital privado, como la Clínica de Tibás Salas de Operaciones para hacer ambulatoria. Por lo que el hospital se dedica el a cirugía mayor y se logra resolver las listas de espera en cirugía mayor y listas de espera en cirugía ambulatoria, por lo que considera que esa separación es importante.

El señor Presidente Ejecutivo comenta que una de las revisiones que estuvo analizando y, en ese sentido, salen a reducir los cuellos de botella más allá de seguir indicando falta de Anestesiólogo, por lo que el encadenamiento se observa estresado por varios niveles, el más significativo es el de Anestesiólogos el cual se replique en varios puntos, pero el tema de la buena gestión de las camas hospitalarias y de recuperación incluidas es fundamental. Podría hacer referencia de otros temas, por ejemplo, porcentaje de infecciones postquirúrgicas, las cuales le alargan la recuperación al paciente y elevan la estadía hospitalaria, además de una serie de temas que está tomando muy en cuenta. Comenta que se ha reunido con los ingenieros industriales de la Gerencia Médica, e identificaron claramente la necesidad de diferenciar la complejidad de los procedimientos, no sólo de los procedimientos sino la complejidad de la capacidad instalada real, pues no es sólo quirófanos, ni equipos, por ejemplo, un procedimiento de endoscopia siguiendo la línea de lo que se está indicando y el recurso humano, para aprovechar la infraestructura y el equipo, porque un endoscopio requiere normalmente un cirujano y dos asistentes, entonces, diferenciar esos aspectos es fundamental. Hay muchos pacientes en la lista de espera de ortopedia que requieren procedimientos, los cuales pueden ser ambulatorios, como ilustración, quistes; por lo que no se está manejando una cifra certera y se tiene que ir diferenciando.

El doctor Taciano Lemos comenta que las cirugías que se tienen en listas de espera son ambulatorias y, entonces, lo que hay que tomar en cuenta es que hay cuestionamientos importantes, en los cuales se indica que se han operado más pacientes del año 2017, él indica que es así, pero cuando se realiza una cirugía compleja, los pacientes pueden requerir cuatro Salas de Cirugía.

El doctor Fernando Llorca indica que está totalmente de acuerdo. Concuera que los hospitales obviamente de mayor nivel de especialidad o subespecialización, se deberían dedicar a resolver las patologías propias de ese campo y, repite, está de acuerdo. Entonces, cuando realmente se enfrenten a esa realidad, se van a dar cuenta de que a lo mejor, en esos hospitales por la complejidad van a haber menos pacientes y tienen que ser muy juiciosos, en el momento de hacer esas evaluaciones, porque a lo mejor la capacidad resolutive en número de ingresos disminuye y una serie de aspectos, pero se eleva la complejidad de resolutive de los pacientes y no desea analizar el tema de los Anestesiólogos, pero tiene que hacer un comentario. Los Anestesiólogos han venido como gremio complicando la situación y se conoce, a modo de ejemplo, en la consulta privada a la persona, solo el oftalmólogo le opera el ojo y es especializado, hay una serie de requisitos adicionales que señalan cómo es posible, todos esos aspectos son parte de la gestión clínica que no se ha logrado introducir, realmente, a nivel institucional. Le parece que es hacer un llamado también para que se establezcan límites muy claros, porque se está solicitando otros procesos en recuperación, por ejemplo, se están solicitando unas exigencias de recurso humano de recuperación realmente significativas y es la realidad. Le agradece la presentación al doctor Taciano Lemos.

La Directora Soto Hernández le pregunta al doctor Lemos Pires la situación, porque se enteró que en Brasil le van a entregar un premio al Hospital Calderón Guardia.

El doctor Taciano Lemos comenta que el equipo del Hospital Calderón Guardia fue a recibirlo, aunque no logró asistir todo el grupo. Es un premio en el que participaron 462 hospitales a nivel mundial entre públicos y privados, entonces, los hospitales públicos y privados están en

igual con los de Miami, New York y otros hospitales en lo que es: “Con menos Huella más Salud”. Es un programa a nivel mundial que tiene alrededor de cinco y siete aristas muy importantes, porque es el hospital con el medio ambiente, no solo lo que es agua y el manejo de basura, la parte eléctrica; incluso, el plan de inversión a dos, tres, seis años para llegar a ser un hospital ecológico. Comenta que visitaron el Hospital primero unos mexicanos y, luego, unos americanos. Entre los hospitales públicos se le otorgó un galardón de excelencia al Hospital Calderón Guardia y fue el único de los hospitales públicos a nivel mundial que lo recibe entre los 462 hospitales públicos y privados, el premio se denomina “Con menos Huella y más Salud”. Ese premio significa mucho para el país, porque el Hospital está acoplado con el carbono cero y, entonces, se han tomado una serie de acciones y hay desechos que se están monitoreando, por ejemplo, el agua que se lanza al río tiene que estar a un nivel de tratamiento.

El doctor Lemos Pires se retira del salón de sesiones.

Se dispone continuar tratando el tema, en adelante.

Se hace un receso.

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

Se reinicia la sesión.

ARTICULO 7°

El Director Gutiérrez Jiménez comenta que se enteró de que la Dra. Julia Li, hizo una serie de afirmaciones que le preocupan, incluso, le da la impresión, porque no lo puede afirmar, de que indicó que no es la responsable de los resultados y de los productos presentados por el Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP). Menciona que tiene una nota relacionada con el asunto y con mucho gusto la pasará para que la conozcan los señores Directores. Le indica al señor Presidente Ejecutivo que para no generar un debate, el oficio se le traslade ya sea al Gerente Administrativo o a la Dirección Jurídica o a quien corresponda, para que se les aclare cuál es el papel que desempeña la Dra. Li en el tema. Lo indica porque no ha estado de acuerdo con los resultados de la consultoría del CICAP y lo ha manifestado en varias oportunidades. Le preocupa porque en este momento la Directora del Proyecto, hace algunas aseveraciones que, repite, lo tienen preocupado porque, entonces, si no es ella la que exige la parte técnica y la de los resultados y es la responsable quién es y cuál es la contraparte del contrato, quién le está exigiendo al CICAP que cumpla correctamente, quien le está poniendo la exigencia a esos resultados, así como el rigor científico, técnico y jurídico a esos resultados. Repite, lo indica con la mayor transparencia, pues creía que era doña Julia Li y según la nota, puede ser que la esté mal interpretando, pero le da la impresión que está indicando que era una responsabilidad de la Junta Directiva e, incluso, se ha cuestionado si doña Julia Li ha venido firmando esa documentación. Reitera, él creía que era la responsable del Proyecto y la persona que es la contraparte del proceso. En consecuencia, le parece que se impone, máxime que hay algunos Directores que no comparten los resultados, producto de la consultoría con el CICAP y ayer le comentó a don Fernando, no con motivo de este asunto, por ejemplo, si se contrata un pintor y está pintando y cuando entrega el producto y no le satisface, lo que procede en el caso y llama la atención de la Auditoría, es indicarle que corrija su producto antes de pagarle lo que

falta. Es evidente que se hizo una contratación, pero por lo menos él no va a votar que se pague nada más de la consultoría, hasta que esos resultados queden, claramente, determinados y exista el rigor que implica la contraparte de la Caja. Puede ser que sean solo circunstancias que tienen que ser redactadas o explicadas, no puede creer que todos los productos no satisfagan, ni estén bien, pero no puede indicar que todo está bien y, entonces, como se está en esa etapa final, le parece muy importante que quien está como Directora del proceso, entiende que es la llamada a darle esa exigencia. Repite, pasará esta nota para que la lean y, aclara, no lo está afirmando pero lo que está solicitando, es que se les explique quien es la contraparte, la persona responsable y la que tiene que exigir que los resultados se verifiquen como corresponde, en ocho días porque ese aspecto, le parece que es muy importante.

La Directora Soto Hernández le pregunta a don Gilberth Alfaro, si cuando a doña Julia Li se le nombró como Directora del Proyecto, en el contrato está algún punto donde se indique que es la contraparte del proceso.

El Subgerente Jurídico aclara que hay varios documentos que conforman el proceso del Proyecto de Reestructuración, en los cuales están los términos de referencia de la consultoría, los cuales fueron elaborados por la Gerencia Administrativa, a través de los técnicos del caso y en ese entonces, estaba nombrado como Gerente Administrativo el Msc. Manuel León, por lo que se definieron los papeles que desempeñaría cada instancia institucional. También se le asignó un nombre a la Junta Directiva dentro de la lógica del proyecto, patrocinador, luego, el proyecto tiene una Director del Proyecto y en el caso, resulto ser una Directora del Proyecto, hay un administrador general del proyecto y un Director Técnico del Proyecto. Además, hay una serie de definiciones y un manójo de responsabilidades para cada quien.

Le pregunta el Director Gutiérrez Jiménez al Lic. Alfaro Morales si olvidando el caso concreto, por ejemplo, él es Director; entonces, se estila que es el responsable del proyecto aunque haya otras contrapartes.

Por su parte, el Dr. Llorca Castro pregunta si a una persona la nombran responsable del proyecto, cuáles realmente son los alcances.

Responde el Lic. Alfaro Morales que es el responsable del proyecto. En su caso es el Director Jurídico, entonces, es el responsable del tema jurídico de la Institución y no, necesariamente; significa que se le asigna un ámbito de competencias. No obstante, cuando a una persona se le asigna como Director se le definen las responsabilidades. Como ilustración, cuando se crea un órgano, una dirección, o una Gerencia hay un Manual, en el que se indica cuáles son sus responsabilidades.

Al licenciado Gutiérrez Jiménez le produciría satisfacción que se revise el tema y se le indique cuáles son las responsabilidades del Director del Proyecto de Reestructuración.

El Lic. Gilberth Alfaro anota que para conocer si es responsable o no de todos los asuntos que esté detrás, hay que analizar el documento y presentar las responsabilidades que se le asignaron a la Dra. Li.

Le pregunta don Adolfo al señor Auditor que desde el punto de vista de la Auditoría como funciona, normalmente, con los Directores. Comenta que no quiere que lo malentiendan, en el sentido de que tenga alguna situación particular en contra de doña Julia Li, lo que desea es conocer y tener claro quién es el responsable del Proyecto, quien es la contraparte, quién está siendo responsable porque en esa nota la Dr. Li menciona, o por lo menos es su interpretación que no, necesariamente, repite, es a ella a la que le corresponde ser la responsable del Proyecto de Reestructuración. Él pensaba que como Directora del Proyecto, es la responsable de darle seguimiento, pero no hay que complicarse, entonces, que se presente el tema y lo expliquen de hoy en ocho días y, después, se aclarará el asunto, pero no lleva ninguna intención en contra de doña Julia ni mucho menos, simplemente aclarar el papel que desempeña, porque no es ella, entonces, quiere conocer quién es para indicarle a esa persona que le dé seguimiento estricto pero, absolutamente, puntual al tema de los contratos y si es la Dra. Li que el asunto se aclare.

La Licda. Soto Hernández le pregunta al Lic. Gutiérrez como recibió esa carta y si está dirigida a él.

Contesta don Adolfo que nota está firmada, no es una carta para él, sino que está dirigida al Gerente Administrativo.

Al respecto, indica doña Mayra que en este momento, en la Junta Directiva se está analizando otro asunto.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que en este momento está pasando la nota y le indica a doña Mayra que se olvide de la nota, lo que quiere conocer es quién es el responsable del Proyecto, en esos términos que hace un momento planteó.

La Directora Soto Hernández le indica a don Adolfo que como abogado, conoce que no es lo mismo que se envíe una nota para investigar sobre alguna situación, pero es anota no está dirigida a la Junta Directiva.

Plantea el Lic. Gutiérrez Jiménez que se le solicite a la Gerencia Administrativa y a la Dirección Jurídica, se indique quién es la persona responsable del Proyecto de Reestructuración.

El Director Devandas Brenes señala que en esa nota que hace un momento leyó, doña Julia Li indica que ella es la responsable del Proyecto, porque así lo definió la Junta Directiva, pero los términos del contrato con el CICAP, fueron redactados por la Gerencia Administrativa. No obstante, está claro que en el contrato hay una contraparte y la doctora Li Vargas es la responsable. El proceso fue liderado por medio de acuerdos de la Junta Directiva, entonces, no fue actuado por decisiones arbitrarias de la Dra. Li, es lo que indica en la nota. En ese sentido, no está aludiendo responsabilidades, lo que está indicando es que todo lo actuado, es conforme a derecho como lo indicó don Adolfo.

El Director Gutiérrez Jiménez reitera que lo que quiere saber es quién es la responsable.

El doctor Devandas Brenes pregunta responsable de qué, si de la ejecución de un contrato que produce la Junta Directiva.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que lo que quiere conocer es que hay un producto del CICAP que está siendo entregado. Pregunta quién le está dando seguimiento a ese producto. Quién está exigiendo que ese producto sea lo correcto; además, que sea de acuerdo con los términos del contrato. Quién está exigiendo que el producto final sea acorde con las instrucciones. No conoce si es doña Julia Li, es más le parece que se debe asumir por el momento que no lo es, lo que quiere que se indique para después de conocer quién es, solicitarle le dé seguimiento al Proyecto.

El Dr. Devandas Benes está de acuerdo con lo que indicó don Adolfo, lo que sucede es que en la introducción se indica que en la carta doña Julia decía que ella no es la responsable.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que lo que está indicando es que en la carta, la Dra. Li Vargas está señalando que ella no se involucra en la parte técnica. Procede a dar lectura a una parte de la carta. Comenta que sí cree que la Dirección del Proyecto, es a la que le corresponde y tiene que incidir en los resultados, por ejemplo, si un resultado técnicamente no es el apropiado, la Dirección debe reorientar lo que corresponda. Aclara que no tenía ningún interés de generar un debate, porque a lo mejor don Mario tiene toda la razón, al no estar tomando una posición de indicar la Dra. Li no es la Directora del Proyecto. Reitera, lo que quiere es conocer quién es la Directora o Director del Proyecto. El Auditor está presentando un tema que no conoce pero, pero que está en la misma línea que él ha venido sosteniendo, en términos de que el producto no le satisface. En ese sentido, quiere conocer quién le está dando seguimiento al Proyecto, quién está exigiendo y reorientará ese producto, porque por lo menos con su voto no va a pagar ni un solo cinco de ese contrato hasta que los productos satisfagan y alguien debe ser la contraparte del CICAP. Reitera, lo que desea es conocer quién es la responsable del Proyecto de Reestructuración.

A doña Mayra Soto le parece que el responsable del Proyecto de Reestructuración no es la Junta Directiva.

El Director Loría Chaves concuerda con la Licda. Soto Hernández.

El señor Presidente Ejecutivo señala que por ese aspecto, se tendrá que revisar el tema del proceso de reestructuración. En ese sentido, solicitarle a la Gerencia Administrativa y a la Dirección Jurídica que aclare las responsabilidades del director del Proyecto de Reestructuración, en ocho días.

Por tanto, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Gerencia Administrativa y a la Dirección Jurídica, para la sesión del 26 de los corrientes, que se realice el análisis tendiente a aclarar cuál es el rol de la Dirección del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central, quién es el responsable de la recepción de los productos y/o proyectos, y quién la contraparte técnica de la Institución respecto del CICAP (Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública).

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

Ingresa al salón de sesiones el Director Barrantes Muñoz.

ARTICULO 8°

El señor Presidente Ejecutivo ve la conveniencia de que pueda aprovecharse este espacio para conocer la propuesta que se ha agendado en la Gerencia Financiera (propuesta de reforma al artículo 34 del *Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)*) y concluido este tema la Gerencia Médica continuará con la presentación de sus asuntos.

Con lo anterior coinciden los señores Directores.

Por lo tanto, ingresan al salón de sesiones el Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón, y el Gerente de Pensiones, licenciado Jaime Barrantes Espinoza.

Se tiene a la vista el oficio firmado por el Gerente Financiero y el Gerente de Pensiones, N° GP-52865-2017/GF-3596-2017, fechado el 18 de octubre del año, que contiene la propuesta de reforma al artículo 34 del *Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)*.

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

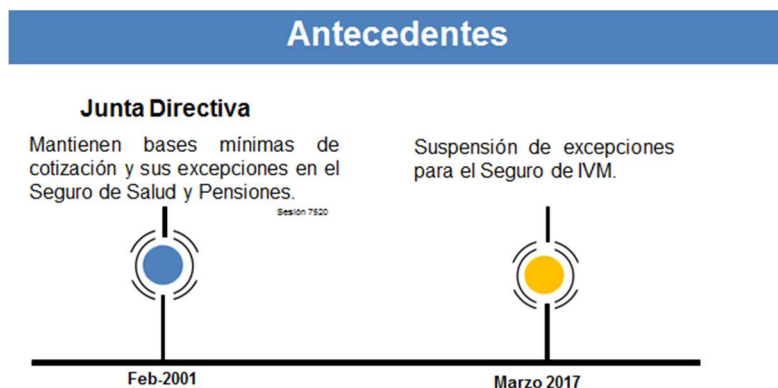
1)



Propuesta de Reforma al artículo 34°
Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte




2)




3)

Fijación BMC en el Seguro de IVM




**Facturación
Planillas CCSS**




125,000

Excepciones a la BMC


- Trabajadores que se retiran e ingresan en periodos intermedios del mes.
- Incapacidades o permisos sin goce de salario por más de 15 días.
- Múltiples patronos o con doble condición de aseguramiento (asalariado y trabajador independiente).




100,000



150,000



200,000



125,000

4)

Objetivos de la Reforma



El artículo 63 del Reglamento del Seguro de Salud establece las excepciones para que el patrono pague las contribuciones de sus trabajadores, en función del salario real devengado, cuando se dan estos eventos poco frecuentes en las empresas y en los trabajadores

Ambos seguros se sustentan en el principio de solidaridad financiera. Las excepciones desde el punto de vista de financiamiento, representan "imperfecciones" en el proceso de contribución, que dada su poca frecuencia no deben representar un riesgo en la sostenibilidad de los regímenes

Enfoque institucional hacia el aumento de la cobertura contributiva
Propiciar condiciones que aumenten la cobertura y eviten el aumento de la informalidad

5)

Artículo 34° Reglamento Seguro de IVM

Situación Actual	Propuesta
<p>Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima debe corresponder al ingreso mínimo de referencia del trabajador independiente afiliado individualmente ya sea que se trate de asegurados obligatorios, de trabajadores independientes o de asegurados voluntarios que coticen para este Seguro. El nivel mínimo de contribución lo establecerá anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.</p>	<p>Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en periodos intermedios del mes. b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días. c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos.

6)

Criterios sobre la propuesta



7)



8)

Criterio DJ-6102-2017 del 18 de octubre 2017

"En conclusión, con fundamento en lo expuesto, **se considera que la propuesta de reforma del artículo 34 del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se encuentra ajustada a derecho**, en el tanto lo que se busca es incluir en el caso de dicho régimen las excepciones a la base mínima contributiva ya dispuestas para el Régimen de Salud.

Se recomienda que se adjunten a dicha propuesta los estudios técnicos correspondientes que fundamenten la inclusión de dichas excepciones de forma tal que se acredite que con ello no se afecte la viabilidad y sostenibilidad de Seguro de IVM, de forma tal que se le permita al beneficiario de régimen disfrutar de una pensión mínima (...)."

9)

Criterio Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria
GA-42742-17/ICMRST-007-2017

"Sobre la "Propuesta modificación artículo 34" del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, esta Comisión ACUERDA UNANIMEMENTE que una vez analizados los criterios DSA-PSTMR-075-2017 y AL-DSA-009-2017, escuchadas las presentaciones de la Licda. Marianne Pérez Gómez de la Gerencia Financiera y del Lic. Jaime Barrantes Espinosa, Gerente de Pensiones, así como **revisada la propuesta, no existe afectación a trámites (...)**

(...) En virtud de lo anterior, **se recomienda realizar las gestiones pertinentes para su aprobación ante las autoridades respectivas**, considerando las acciones dictadas por la Dirección Jurídica, según el análisis del oficio adjunto."

10) Propuesta de acuerdo.

Con base en la presentación efectuada por el Lic. Gustavo Picado Chacón, y conforme a las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en el oficio GP-52865-2017/GF-3596-2017 del 18 de octubre 2017, suscrito por el Lic. Gustavo Picado Chacón y el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, en su calidad de Gerente Financiero y Gerente de Pensiones, respectivamente; así como, los criterios emitidos en el GA-42742-17 del 19 de octubre de 2017 del Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, y el oficio DJ-6201-2017 del 18 de octubre de 2017 de la Dirección Jurídica, la Junta Directiva **ACUERDA:**

11)

Propuesta Acuerdo Junta Directiva

ACUERDO PRIMERO: Aprobar la reforma al artículo 34° del "Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte", de conformidad con los términos que se presentan a continuación:

"Artículo 34°

Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima debe corresponder al ingreso mínimo de referencia del trabajador independiente afiliado individualmente definiéndose este como la Base Mínima Contributiva para todo trabajador, ya sea que se trate de asegurados obligatorios, de trabajadores independientes o de asegurados voluntarios que coticen para este Seguro. La Base Mínima Contributiva la establecerá anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial y Económica.

Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:

- a. Cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes.*
- b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días*
- c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos."*

El Gerente Financiero indica que el tema se refiere a una propuesta que se elaboró entre la Gerencia de Pensiones y la Gerencia Financiera, está iniciando la presentación pero el Gerente de Pensiones está por ingresar al salón de sesiones. Se trata de una reforma al Artículo 34° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), por lo que explicará de qué se trata el artículo 34° citado. En el mes de febrero del año 2001, la Junta Directiva tomó un acuerdo mediante el cual indica que se mantengan las Base Mínimas de Cotización y sus acciones en los Seguros de Salud y de Pensiones. Después de 17 años, hubo una instrucción o una petición para que se suspendieran a nivel de facturación las acciones para el RIVM y, entonces, el tema lo explicará desde el punto de vista práctico. Cuando un patrono reporta cien mil colones porque un funcionario trabaja jornada parcial, o por alguna situación el sistema de la Caja factura y no cobra sobre el monto de cien mil colones, sino sobre doscientos cincuenta y un mil colones, monto que corresponde a la Base Mínima Contributiva (BMC). Por otra parte, si el patrono reporta ciento cincuenta mil colones, sucede igual, la factura se hace sobre el monto de doscientos cincuenta y un mil colones y es lo que se factura. No obstante, en algunos casos, un patrono no puede reportar ciento veinticinco mil colones y el Sistema de Facturación le permite, efectivamente, no aplicar la BMC sino aplicarle sobre los ciento veinticinco mil colones y por ese aspecto, es lo que se conoce en términos prácticos, las excepciones a la BMC que son de tres tipos: cuando el trabajador se retira o ingresa en períodos intermedios, a modo de ejemplo, una persona ingresa el 25 de este mes y hay que facturarle cinco días o salió de la empresa, los

primeros cinco días y solo hay que facturarle cinco días. Entonces, el sistema permite no aplicar la BMC, es decir, no facturar sobre doscientos cincuenta y un mil colones, sino facturar sobre el salario real que se le está reportando a esa persona.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala que hoy día, lo que está sucediendo es que si en el mes, por ejemplo, día 28 pero el mes es de treinta días, alguna persona ingresa el día 28, en lugar de cobrarle por dos días se le cobra por todos los días del mes, como si el trabajador hubiera iniciado el primero del mes.

Aclara el Lic. Picado Chacón que esa situación ocurre para el IVM, pero para el Seguro de Salud se sigue manteniendo las excepciones como tradicionalmente se había aplicado. El otro aspecto, como ilustración, un trabajador está incapacitado, entonces, pidió un permiso sin goce de salario por más de 15 días, por lo que no aplica la BMC, sino que es una de las excepciones y la otra situación, se trata de que la persona aparezca con múltiples patrones, entonces, un patrono le reporte cincuenta mil colones y otro también cincuenta mil o cien mil colones, entonces, no aplica la BMC sino que el salario reportado.

Ante una consulta del Director Loría Chaves, el Lic. Gustavo Picado responde que la norma lo que excepciona son casos muy particulares, a modo de ejemplo, que la persona esté incapacitada pero si es jornada completa, el sistema lo conduce a que se le aplique la BMC.

El señor Loría Chaves señala que, entonces, lo están obligando a pagar tiempo completo por medio tiempo y el trabajador, podría tener trabajos formales de medio tiempo.

Al respecto, indica el Gerente Financiero que el equipo técnico, explicará la propuesta que resuelve ese aspecto, pero tiene un costo para el trabajador. En ese sentido, la solución es fraccionar las cuotas, si se tiene contratado un trabajador a medio tiempo, entonces, la persona cotiza pero solo acumula media cuota, porque es en lo que puede contribuir en el aporte.

Por ejemplo, señala don José Luis el caso de los toreros de Zapote, son diez días y se tienen que incluir en la planilla. Su pregunta es si se tienen que cotizar sobre todo el mes.

El Lic. Picado Chacón responde que sí. Lo razonable sería si fueran casos que ingresan y egresan de la planilla en cinco días, se le puede aplicar la excepción en el sentido de que son entradas y salidas tempranas y entradas tardías. Esas son las excepciones que se aplican, pero a partir del mes de marzo del año 2017, ya no aplicarán para el IVM y ese aspecto generó que las empresas tuvieran una facturación adicional. Como ejemplo, algunas empresas o todas las de construcción, tienen un personal que rota mucho y tuvieron incrementos hasta de cinco millones de colones en la factura de un mes a otro.

El Director Loría Chaves manifiesta su preocupación, porque le parece que hay una consecuencia mayor. Si es un patrono y tiene un trabajador que le trabaja tres días al mes o cinco, entonces, se le paga por los cinco días, pero al asegurarlo por el mes completo, eventualmente, ese trabajador puede ir después ante los juzgados para interponer una denuncia.

Anota el Lic. Gustavo Picado que la facturación es sobre los cincuenta y dos mil colones, por ejemplo, pero el salario reportado en el monto que el patrono lo reportó. A modo de ejemplo, si

el patrono reportó cincuenta mil colones a la Caja, se le factura sobre dos cincuenta y dos mil colones, pero el reporte salarial no lo cambia, entonces, el trabajador no puede alegar que tenía salarios más elevados.

Al Lic. Gutiérrez Jiménez le parece que lo real que está sucediendo, es que hay cuestiones donde no, necesariamente, las compañías de mano de obra como palma, piña ingresan el primero de cada mes, sino que pueden ingresar el día 15, o el día 28 del mes, entonces, al patrono lo hacen pagar todo el mes y en una compañía donde se tiene mucha mano de obra es mucho dinero.

Continúa el Gerente Financiero y anota que parte de los fundamentos de la reforma son los siguientes: el artículo 63° del Reglamento del Seguro de Salud, acepta esas excepciones y parte de los argumentos de algunos abogados y empresas, los cuales no suscribieron oficios, básicamente, consideran que el contrato es desigual entre un Seguro y otro. Además, se entienden que son eventos poco frecuentes, pues no es un trabajador que se incapacita, permanentemente, porque si se incapacita todo el mes no aparece en planilla. Entonces, se supone que son casos de alguna forma aleatorios, los cuales no tienen ningún patrón y son empresas que permanentemente están incidiendo de la misma manera en la situación. El otro aspecto es que ambos Seguros tienen un principio de solidaridad financiera y al final, de alguna forma la tasa de contribución calculada para el IVM, ya incluye aquellos salarios que se reportan por debajo de la BMC, los cuales son aceptados por el sistema y el otro aspecto, es que la Institución ha tenido un enfoque en los últimos tiempos, hasta aumentar la cobertura contributiva y, efectivamente, propiciar condiciones para que este tipo de situaciones y no afecten el empadronamiento de los patronos y las trabajadoras domésticas, el cual es el caso más reciente que se ha estado trabajando. El artículo 34° lo que propone es que, independiente, del monto del salario e ingreso que se anota en la planilla, la cotización mínima debe corresponder al ingreso mínimo de referencia del trabajador independiente, afiliado individualmente definiéndose éste como la BMC para todo trabajador, ya sea que se trata de asegurados obligatorios de trabajador independiente o de asegurados voluntarios que cotizan para este Seguro. La BMC la establece anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial. La excepción al pago y la cuota mínima son las siguientes: son las mismas de salud, se están homologando a la cesantía; así como el ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes, los cuales salen tempranamente de las planillas o que se incorporan a la empresa tardíamente en el mes. Además, del reporte de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de 15 días. Hay un sistema para verificar internamente, entonces, el trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono de seguro independiente, percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos. Como ilustración, a un trabajador lo reporta una universidad por cien mil colones y otra universidad, por ciento cincuenta mil colones, entonces, el sistema lo que tiene que hacer es no aplicar la BMC, sino sumar para que sea solo un concepto. Esa es la propuesta y lo que se está haciendo es que para que el IVM, habilite formalmente a través de Reglamento las excepciones que están en el Seguro de Salud y operaron hasta el mes de marzo del año 2017.

Pregunta el Director Devandas Brenes en ese inciso c), cómo se hace con las cuotas patronales donde se indica se suma, entonces, suma para definir una misma BMC, pero cómo conoce el patrono cuánto tiene que pagar.

Responde el Lic. Picado Chacón que si son patronos suman, pero si es un trabajador independiente, por ejemplo, imparte clases en una universidad y es asalariado, pero como está registrado como trabajador independiente, el sistema hace que su reporte como asalariado en cien mil colones se mantenga. A la universidad no la van a obligar a pagar sobre dos cincuenta y un mil colones, entonces, como trabajador independiente paga la cuota del ingreso que tenga. Recuerda que el trabajador independiente no va a estar por debajo de la BMC, siempre va a estar en dos cincuenta y un mil colones, entonces, lo que se está haciendo es que la universidad no paga sobre una base, porque ya como trabajador independiente estaba pagando y no le cabía, adicionalmente, intereses.

Consulta el Director Devandas Brenes, si el patrono paga sobre lo que ha estado pagando y no se incluye a las trabajadoras domésticas en ese inciso c).

El Lic. Gustavo Picado explica que en este momento se tiene una reglamentación diferenciada. Entonces, el sistema regula los trabajos múltiples de una manera diferente. Continúa con la presentación y señala que los criterios técnicos los dio la Gerencia de Pensiones, la Dirección Actuarial y la Gerencia Financiera y en cuanto al criterio legal, lo emitió la Dirección Jurídica; además, existe un criterio de simplificación de trámites y mejora regulatoria. Como es un tema muy importante, la parte técnica plantea tres aspectos y como Gerencia Financiera se implementan en tiempos. Primero, restablecer las excepciones al IVM y es lo que han estado haciendo. Segundo, se plantea y están de acuerdo en que se establezca un ingreso mínimo de una persona permitido como excepciones, por ejemplo, para que las personas no reporten un colón en la planilla, porque se incluyen excepciones y quieren reportar, por ejemplo, lo cual significa que si una persona trabaja cinco días, el salario fue de trescientos mil colones. Entonces, se tiene que reportar al menos cincuenta mil colones, aunque siempre se permite la excepción, pero tiene que ser proporcional a la BMC y tiene sentido. Por otra parte, se plantea sobre todo el punto de vista de Pensiones, por ser un fraccionamiento de cuotas, lo cual se podría resolver como lo indicó don José Luis Loría del trabajo parcial, en términos de que si la persona gana la mitad de una BMC, no importa que reporte sobre ese monto, pero no se la va a acreditar una cuota completa en la cotización, sino que se le registrará la mitad, es decir, 0.5.

El Director Gutiérrez Jiménez indica si no se estaría introduciendo un sobrepeso por ingresos menores.

El Lic. Picado Chacón señala que cuando son excepciones, se supone que no va a afectar en el momento de la jubilación de la persona, porque entiende que fue un caso extraordinario que ingresó o egresó de la planilla. Entonces, cuando son jornadas parciales, la discusión es más de fondo, porque si permanentemente trabaja media jornada, la persona no se logrará jubilar a los 61 años y once meses, en el caso de los varones y en el caso de las mujeres, tampoco se logrará jubilar a los 59 años y 11 meses.

Agrega el Lic. Gutiérrez Jiménez que si no se le está atribuyendo una carga financiera adicional al patrono.

Al respecto, indica el Lic. Picado Chacón que como Gerencia Financiera, se indicó que se avanzara en el tema, entonces, se continuó con los análisis para lo que es mediano y largo plazo y se pueden implementar, por ejemplo, en el tema de los ingresos mínimos diarios, se requiere

que se trabaje en esos sistemas, los cuales requerirían, eventualmente, como seis meses para incorporarles esa reforma. Entonces, incluir los ingresos mínimos en una segunda etapa y el tema de fracción de cuotas, como tiene una implicación tan fuerte sobre el contribuyente, requiere un espacio de diálogo que no va a ser una reforma pensada, sino que tiene que ser negociada, por lo que se ocupa la participación de las organizaciones y los trabajadores, para que se determine si es una opción. En esos términos, se busca homologar los criterios que estén usando los otros seguros, por lo que la Dirección Jurídica emitió un criterio y, fundamentalmente, indica: *“en conclusión con fundamento en lo expuesto se considera que la propuesta de reforma del artículo 34° del IVM, está ajustada a derecho, en el tanto lo que se busca es incluir, en el caso de dicho Régimen las excepciones a la BMC, ya dispuesta para el Régimen de Salud y, además, considera otros elementos”*. Por otra parte, el tema lo analizó el Oficial de Simplificación de Trámites e indicó, que revisada la propuesta no existe afectación en los trámites, porque realmente no genera más trámites, ni afectación a la Ley de Simplificación de Trámites y de Protección al Ciudadano, entonces, recomienda realizar las gestiones para su aprobación ante las autoridades respectivas que es la Junta Directiva.

Por su parte, el Director Barrantes Muñoz señala que en la inclusión de las excepciones de forma tal que se acredite, la viabilidad de sostenibilidad del Seguro de IVM, para que le permita al beneficiario del Régimen disfrutar de una pensión mínima. La consulta es si esta recomendación, la cual le parece muy pertinente de cara a su objetivo, consta en el expediente.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez que van a hacer.

El Gerente Financiero indica que se formó un equipo técnico en la Dirección Actuarial, en la Gerencia de Pensiones y en la Gerencia Financiera que les dio esta recomendación. La propuesta es en el sentido de que en esas tres líneas, se compruebe en varias secciones y de hoy en unos meses, presentar y aplicar los ingresos mínimos diarios como lo han planteado; además, de valorar la posibilidad de fraccionar como un tercer elemento. Desde el punto de vista de implementación, se ha adoptado la primera medida que es la que está más próxima, pero hay un equipo técnico que ha dado la recomendación, en términos de que la Dirección Jurídica lo plantea como necesario para respaldar esta reforma.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que, entonces, la primera parte sería solo modificarlo y equipar los Regímenes, pero para garantizar, precisamente, a mediano y largo plazo, existe la propuesta que van a presentar adicionalmente las partes técnicas.

Al respecto, indica el Lic. Gustavo Picado que si se esperan para tener toda la propuesta preparada, dado que el tema es un ingreso mínimo diario, se ocupa un trabajo en el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y en la planilla patronal, la cual implicaría un trabajo de alrededor de seis y nueve meses; entonces, lo que se consideró fue una implementación gradual. Primero se homologan los artículos para los Seguros, para que las reformas sean válidas; segundo, en el tema la persona ingresan con un ingreso mínimo diario en seis meses y, paralelamente, se evalúa el asunto de fraccionar las cuotas.

Comenta don Adolfo que tal vez para satisfacer la observación que está haciendo don Rolando, la cual le parece muy válida, lo que se podría hacer es aprobar esa parte de la propuesta, para efectos de la implementación en el SICERE. No obstante, para lo que conlleva, posteriormente, el

asunto, le parece que se deben presentar los criterios técnicos ante la Junta Directiva, los cuales fortalezcan y garanticen la sostenibilidad de los Regímenes.

El Gerente de Pensiones aclara que en las Gerencias de Pensiones y Financiera, con el apoyo de la Dirección Actuarial, se analizaron las excepciones que, incluso, en la Institución se ha venido analizando el tema de hace tiempo. Entonces, se le ha dado seguimiento a varios informes de la Auditoría y, efectivamente, tal y como lo plantea don Gustavo hay un proceso que se tiene en este caso que valorar, porque requiere cierto tiempo. En primera instancia, hay excepciones que han estado establecidas en el Seguro de Salud, dado que por mucho tiempo se ha aplicado al IVM pero, precisamente, el estudio técnico les da una serie de elementos que hay que irlos estudiando con más profundidad y se presentarán en otra ocasión. Los cuales se refieren a la propuesta, con el fin de cumplir con las recomendaciones que la Auditoría ha mencionado, en cuanto a que se garantice los principios de sostenibilidad, lo mismo que la Dirección Jurídica les está solicitando. Eventualmente, depende de lo que se indique en esa propuesta, es decir, esa otra reforma sí se tendría, eventualmente, que someter a una consulta pública. Esta es una homologación de las situaciones que hay en ambos Seguros y, después, se presentaría alguna particularidad que existe por el tema de IVM, en vista de la correspondencia que debe haber entre el esfuerzo contributivo y en este caso, la pensión resultante. Sin embargo, existe un tema que creen que es importante, relacionado con las excepciones, porque está generando una distorsión en el sentido de ambos Seguros y lo que en este caso, es la parte de algunas empresas que les está produciendo un impacto significativo, por este tipo de situación, por ejemplo, si tienen muchos trabajadores que son muy temporales o que se incluyan excepciones, las cuales la Institución siempre ha tenido

El Director Devandas Brenes indica que va a votar la propuesta a favor, porque considera que es un avance. No obstante, manifiesta su preocupación, relacionada con el tema del inciso b), en cuanto a las incapacidades, pues se determinó que, jurídicamente, lo que se le da al trabajador es un subsidio y no es salario. Entonces, al ser un subsidio no corren las cargas sociales, lo cual está generando un problema para los trabajadores, en cuanto a las cuotas para pensionarse, por ejemplo, un trabajador que está incapacitado un año y sucede mucho, entonces, tendría doce cuotas menos en el IVM, pues no está cotizando. Lo anterior, le parece que se debería someter a alguna revisión, para determinar si hay alguna forma de resolver esa situación, porque se está afectando a los trabajadores en ese sentido. Solo deja planteada la inquietud y conoce que requiere un análisis jurídico más de fondo, para determinar si se puede resolver el asunto, para no afectar doblemente al trabajador y esa situación se da mucho, en el Magisterio con las incapacidades de los maestros, porque a veces se prolongan y les produce muchas cuotas atrasadas.

El Lic. Gutiérrez Jiménez señala que en cuanto a la forma, se está cumpliendo con la Ley y le parece que sería interesante se analice el asunto.

El doctor Devandas Brenes indica que se relaciona con un pronunciamiento de la Procuraduría General de la República, en el cual determinó que lo que se paga es un subsidio y no un salario y al cambiarle la calificación, no corren las cargas sociales y, repite, solo lo señala como una inquietud para que se empiece a analizar el tema.

El Director Loría Chaves indica que votará la propuesta a favor, conociendo que hay una situación muy compleja, la cual es más compleja de lo que pensaba. Le preocupa es el impacto

en el IVM, en el sentido de que hoy en día, se había hecho referencia de que el 47% de los trabajadores, reciben pensiones de menos de ciento treinta mil colones, entonces, si se suman ciento treinta mil colones son alrededor de un 70%, en ese sentido, lo que se había indicado que era, por ejemplo, una pensión de pobres, también significa que esa masa la están subsidiando los otros sectores. Entonces, si hay trabajadores que trabajan parcialmente, muy frecuentemente, en la cotización del IVM, van a ser más subsidiados aún y, en ese sentido, el IVM va recibir una fracción de cinco días de salario, pero es una cuota completa. En esos términos, le parece importante aprobar el tema, pero en el caso del IVM ir monitoreando el impacto que se produce.

Por su parte, indica don Adolfo que votará a favor de la propuesta, en el entendido de que la parte técnica, está fundamentada y para las demás también. Le parece que es importante el asunto del SICERE y el otro aspecto que sea en menos tiempo, para poder dar esa gradualidad al tema. Recuerda que todos los trabajadores están involucrados en el asunto y por ese aspecto, se genera un impacto relativo y, además, no se puede haber desigualdad entre iguales, pero mociona porque como tienen el otro tema y varios Directores se tiene que retirar, se vote el asunto y sugiere que se acuerde que se monitoree el asunto.

El Director Barrantes Muñoz señala que está de acuerdo con lo planteado con el Director Loría Chaves y el Director Adolfo Gutiérrez. Entonces, al existir criterios le da el apoyo a la propuesta y, adicionalmente, le parece que debe quedar claro que conforme al criterio de la Dirección Jurídica, la consulta pública no es necesaria.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio firmado por el Gerente Financiero y el Gerente de Pensiones, N° GP-52865-2017/GF-3596-2017, fechado el 18 de octubre del año en curso que, en adelante, se transcribe en forma literal, en lo pertinente:

I. “Aspectos conceptuales y antecedentes

En el diseño técnico de los seguros sociales, la figura de un nivel mínimo o un piso de contribución, es un elemento común que procura establecer una relación de equilibrio entre los aportes de los asegurados y los beneficios percibidos por éstos o sus dependientes. Cuando se trata de un seguro de pensiones, la fijación de estos niveles mínimos de contribución, tienen como objetivo que la tasa de reemplazo de la pensión sea consistente con el salario o ingreso reportado por los trabajadores. No obstante, es también habitual, que cuando se dan ciertas situaciones especiales, la regulación de los seguros sociales, permita el uso de excepciones a la aplicación de lo que se conoce, en el ámbito de la normativa institucional, como Base Mínima Contributiva (BMC).

En este sentido, el artículo 63 del Reglamento del Seguro de Salud, establece con carácter de excepciones a la BMC, los reportes de salarios de trabajadores que se retiran o ingresan a laborar en períodos intermedios del mes; cuando se haya enfrentado a una incapacidad o permiso sin goce de salario superior a quince días; o, cuando labora para múltiples patronos o cumple la doble condición de trabajador asalariado e independiente, y percibe salarios o ingresos inferiores a la BMC. Esta norma permite que el patrono pague las contribuciones de sus trabajadores, en función del salario real devengado, y no sobre la BMC, comprendiendo que las excepciones sin ser un fenómeno aleatorio, son eventos poco frecuentes en las empresas y en los trabajadores.

Pese a que los seguros sociales administrados por la CCSS tienen modelos de financiamiento, prestaciones y gestión con características diferenciadas, lo cierto, es que ambos se sustentan en el principio de solidaridad financiera, cuyas expresiones por ejemplo, en el Seguro de IVM, son manifiestas a través de la fijación de una pensión mínima o el tope de una pensión máxima. Las excepciones desde el punto de vista de financiamiento, representan “imperfecciones” en el proceso de contribución, que dada su poca frecuencia no deben representar un riesgo en la sostenibilidad de los regímenes.

Con base en los argumentos antes expuestos, y el acuerdo adoptado por la Junta Directiva en la sesión N° 7520, celebrada el 1 de febrero de 2001, donde se estableció:

“ARTICULO 7°

(...)

En consecuencia, se mantienen las bases mínimas de cotización en los seguros de Pensiones y de Salud.

Asimismo, se acoge la recomendación de mantener las siguientes salvedades para la aplicación de la base mínima contributiva, siempre y cuando el patrono de forma expresa lo solicite a la Caja Costarricense de Seguro Social:

En caso de entrada, salida o incapacidad del trabajador ocurrida durante el mes, se reportará un ingreso equivalente a la fracción correspondiente al número de días laborados aplicada al salario mensual, aun cuando el ingreso que se reporte resulte menor que el ingreso de referencia mínimo que establezca la Junta Directiva de la CCSS.

De igual forma, cuando el trabajador labora jornada parcial para varios patronos y alguno de los salarios es inferior al ingreso de referencia mínimo, se podrá reportar dicho ingreso, siempre y cuando la suma de los salarios que el trabajador devengó con todos los patronos, sea superior al ingreso mínimo de referencia.

Se instruye a la administración incluir estas excepciones a la normativa que corresponde a la fijación de contribuciones mínimas.

Las excepciones establecidas en el artículo 63 del Seguro de Salud, fueron aplicadas para el Seguro de IVM, hasta el mes de marzo de 2017. Precisamente y por coordinación entre instancias técnicas de la Gerencia de Pensiones y la Gerencia Financiera se generó la directriz DSCR-0226-2017 del 17 de mayo de 2017, donde la Dirección Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), comunicó a los Directores Regionales de Sucursales, que a partir de la facturación del período abril 2017, se implementaría en el ambiente de producción el requerimiento CUDS-R630 “Ajuste a la Base Mínima Contributiva en las cotizaciones de IVM.”, que elimina los casos de excepción a la BMC en el Seguro de Pensiones.

En el cálculo de las planillas de abril de 2017, los patronos que en el Seguro de Salud reportaron excepciones a la BMC, tuvieron un incremento en el monto de sus contribuciones totales, dado que la facturación para el IVM se efectuó sin ningún tipo de excepción. A continuación se muestra un ejemplo del impacto en el costo de las cuotas obreras y patronales

para un salario reportado de ¢60.000, suponiendo que hubo un ingreso a laborar en períodos intermedios del mes.

Tabla 1. Impacto en el monto de las cuotas obrero-patronales con y sin excepción en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Montos en colones

Excepciones	Seguro de Salud	Seguro IVM	Total
Al mes de marzo 2017	8,850	5,052	13,902
Al mes de abril 2017	8,850	19,462	28,312

Nótese que el monto total de la cotización obrero-patronal para un salario reportado de ¢60.000 se duplicó al no haber ningún tipo de excepción en el Seguro de IVM, donde en este ejemplo, se pasa de ¢13.902 a ¢28.312.

Este ajuste ha generado múltiples consultas y reclamos por parte de los patronos, dado el aumento en el costo de las planillas. A modo de ejemplo, conviene señalar que en el artículo 21° de la sesión N° 8924, celebrada el 31 de agosto de 2017, la Junta Directiva traslada a la Gerencia Financiera, Gerencia de Pensiones y a la Dirección Jurídica, el oficio firmado por el Lic. Oscar Bejarano y Asociados, en el que manifiesta haber recibido varios clientes con la queja de que la CCSS les cobra el salario mínimo minimorum presunto, para el pago de las cuotas obrero-patronales, aunque exista justificación para que en determinados meses el ingreso real pagado al trabajador sea inferior a ese mínimo. En términos literales señala que:

“Conste que no estamos en desacuerdo con el salario presunto pero consideramos que el mismo debe contemplar esos casos excepcionales para todos los seguros por igual, sobre la base de lo que regula claramente el Reglamento de Salud en su artículo 63, DE LA COTIZACION MINIMA, al disponer que " Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima mensual se calculará sobre el ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva del Seguro Voluntario. Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:

a) Cesantías o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes ...”.

El problema es que la Caja está cobrando para el seguro de Vejez, Invalidez y Muerte (IVM) en las planillas ordinarias las cuotas sobre ese salario presunto sin aplicar esas excepciones, bajo el argumento de que su Reglamento no contempla tales excepciones en su artículo 34 que dice que " Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima mensual debe corresponder a un ingreso de referencia superior a la suma o tope mínimo de pensión vigente.

No existe ninguna razón legal para la diferencia de trato entre ambos regímenes y de hecho se violan los principios constitucionales de igualdad de condiciones,

racionalidad y proporcionalidad que reiteradamente ha definido la Sala Constitucional.-

Es por eso, señores Directivos que, con todo respeto, solicito se considere una reforma al referido artículo 34 del régimen de IVM para aplicarle las excepciones del ídem 63 del Reglamento de Salud”,

Por otra parte, la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones del Sector Empresarial Privado (UCCAEP), en oficio P-142-17, describe la situación que enfrentan las empresas de diversos sectores con trabajadores que laboran fracciones o períodos de tiempo de unos pocos días:

“

(...)

En algunos sectores de la economía nacional tales como construcción, agropecuario, agroindustrial, por citar algunos ejemplos, existe una rotación continua del personal, especialmente el que se ubica en el trabajo de campo en los proyectos. Por manifestaciones recibidas de parte de algunos agremiados a nuestra cámaras afiliadas, se presentan casos de trabajadores que solo llegan a laborar días e incluso horas.

Lo anterior en virtud de que algunos trabajadores abandonan sus trabajos (por ejemplo, encuentran un proyecto más cercano a su domicilio, etc) o en muchos casos pues no tienen las destrezas necesarias para ejecutar sus labores (resulta difícil para las empresas, al momento de contratar, comprobar la idoneidad ya que por lo general estos trabajadores carecen de pruebas como títulos o antecedentes que acrediten su experiencia).

En virtud de lo anterior, es desproporcionado e inequitativo, obligar a las empresas a reportar un trabajador bajo la base mínima contributiva, cuando no laboró el mes completo, si acaso días u horas. Esta obligación se traduce en costos muy elevados.

Propuesta:

Para las situaciones de ingreso o término de la relación laboral que implique una asistencia al trabajo de menos de dos semanas o bien una incapacidad que implique la misma situación, se debe de cotizar en relación al salario obtenido por parte del trabajador.

Consideramos que la CCSS debe modificar la interpretación de esta norma y ajustarla a la realidad para evitar esta manifiesta situación de inequidad que afecta a la empresa privada y promueve finalmente la informalidad.”

II. Enfoque institucional hacia el aumento de la cobertura contributiva

Uno de los retos fundamentales que enfrenta la seguridad social en la actualidad, y particularmente la costarricense, es desarrollar condiciones más favorables para aumentar la cobertura contributiva de los trabajadores asalariados e independientes, que incentiven el

aseguramiento y un alto porcentaje de retención en el sistema. En los últimos años, la CCSS ha venido estudiando y diseñando propuestas en tal dirección, logrando en el mes de agosto del año en curso, que entrara a operar el nuevo “Reglamento para la inscripción patronal y aseguramiento de trabajadoras domésticas”, permitiendo el uso de las Escalas de Bases Mínimas Reducidas e incentivos para los patronos que cumplan ciertas condiciones.

De forma complementaria, se tienen propuestas avanzadas para grupos de difícil cobertura, tales como: microempresas, recolectores de café y trabajadores independientes, enfocados en aquellos de bajo nivel de ingresos o profesionales liberales. En concordancia con la estrategia institucional de simplificación de trámites y mejora regulatoria, se han implementado facilidades en múltiples canales, para reducir los costos y tiempos de transacción, que enfrentan los patronos, trabajadores y ciudadanos en general, a fin de acceder a la inscripción patronal o afiliación como trabajadores independientes.

La eliminación de las excepciones a la BMC del IVM, implica un aumento en el costo en el que incurren los patronos cuando aseguran trabajadores que laboran durante un mes de manera parcial. Implica una medida contraria al propósito de aumentar la cobertura contributiva de la Población Económicamente Activa (PEA), situación que condujo a la Gerencia de Pensiones y la Gerencia Financiera, con el apoyo de la Dirección Actuarial y unidades competentes de ambas Gerencias, a efectuar un análisis de potenciales alternativas para enfrentar este tema.

Uno de los fundamentos para llevar a cabo este análisis, ha sido el criterio externado por la Dirección Jurídica en este asunto, que consta en el oficio DJ-5638-2017 del 26 de setiembre de 2017, respecto a la potestad reglamentaria que tiene la Institución para la determinación de la contribución mínima y sus excepciones, indicando lo siguiente:

“CONCLUSION

Con fundamento en lo expuesto, se considera que en ejercicio de la potestad reglamentaria la Caja puede dictar los reglamentos que considere pertinentes, para organizar su funcionamiento interno, la prestación de los servicios públicos que le competen, así como la fijación de las cuotas de la seguridad social y en respeto de dicha fijación la determinación de la procedencia de la contribución mínima así como sus excepciones.

Teniendo en consideración la distinta naturaleza y prestaciones que otorga cada uno de los seguros, en el caso del Seguro de Salud corresponde a la protección de los riesgos de enfermedad y maternidad, y respecto del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, a los riesgos correspondientes a pensiones, se considera que deben existir los estudios técnicos correspondientes que fundamenten la inclusión de la excepción del caso de la cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en periodos intermedios del mes, en relación con la aplicación de la base mínima de cotización, de forma tal que se acredite que con ello no se afecte la viabilidad del sistema de seguridad social, de forma tal que se le permita al beneficiario del régimen disfrutar de una pensión mínima.”

III. Propuesta técnica

El equipo de trabajo integrado para valorar opciones de abordaje en el tema de las excepciones de la BMC en el IVM, integrado por funcionarios de la Gerencia de Pensiones, Gerencia Financiera y Dirección Actuarial, emitió un conjunto de recomendaciones de carácter técnico, a través del oficio GF-3525-2017/ DAE-796-17/ DAP-917-2017 del 11 de octubre del 2017. Para lo que interesa, se transcribe parte del contenido del citado oficio:

“Sobre el particular, cabe señalar que en el esquema de financiamiento de los seguros sociales existe una Base Mínima Contributiva (BMC) que doctrinariamente debe estar ligada a mínimos contributivos y a principios solidarios. En el caso particular de los seguros sociales que administra la Caja Costarricense de Seguro Social, esa base corresponde al ingreso mínimo de referencia de los trabajadores independientes, establecido así en los artículos 63° y 34° del Reglamento del Seguro de Salud y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, respectivamente.

*No obstante lo anterior, actualmente en el Seguro de Salud existen excepciones a la contribución mínima **-porcentaje de contribución multiplicado por la Base Mínima Contributiva-** las cuales reglamentariamente se justifican en la existencia de incapacidades, múltiples patronos y en el surgimiento de ingresos o salidas de trabajadores en el intermedio del mes. A continuación se transcribe lo normado:*

SEGURO DE SALUD

Artículo 63°. De la cotización mínima.

El monto del salario o ingreso que se anota en la planilla no podrá ser inferior al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva de los Trabajadores Independientes afiliados individualmente. Conforme se establezcan modificaciones en dicha escala, se realizarán los aumentos en las cotizaciones, previa comunicación a los patronos y a los trabajadores, por los medios de comunicación más convenientes.

Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:

- a. Cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes.*
- b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días.*
- c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos.*

En el caso de trabajo doméstico, si los salarios mínimos que se dicten por decreto ejecutivo, son inferiores al ingreso de referencia mínimo considerado en

la escala contributiva del seguro voluntario, la cotización se establecerá dentro de este último.

Por otra parte, en cuanto al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, la normativa establece lo siguiente:

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

Artículo 34°

Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima debe corresponder al ingreso mínimo de referencia del trabajador independiente afiliado individualmente ya sea que se trate de asegurados obligatorios, de trabajadores independientes o de asegurados voluntarios que coticen para este Seguro. El nivel mínimo de contribución lo establecerá anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

Tal como se aprecia en el artículo anterior, no se hace referencia a excepciones a la contribución mínima, lo que tal como se ha señalado en otros oficios obedece a la naturaleza de este régimen previsional, el cual es diferente al Seguro de Salud, dada la relación directa que existe entre la contribución y el beneficio.

No obstante lo anterior, las excepciones pueden ser consideradas en el tanto no se atente contra esa naturaleza y la sostenibilidad del sistema. Bajo esa argumentación, la existencia de excepciones en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte debe asociarse a las siguientes condiciones: a) la existencia de un Ingreso Mínimo Diario Permitido con Excepciones (IMPE) y b) al registro de fracciones de tiempo laborado en la cuenta individual que permitan una coincidencia entre el esfuerzo contributivo y el beneficio futuro.

Por otra parte, considerando el criterio jurídico expuesto en el oficio DJ-5638-2017 del 26 de setiembre de 2017, respecto a la potestad reglamentaria que tiene la Institución para la determinación de la contribución mínima y sus excepciones:

“CONCLUSION

Con fundamento en lo expuesto, se considera que en ejercicio de la potestad reglamentaria la Caja puede dictar los reglamentos que considere pertinentes, para organizar su funcionamiento interno, la prestación de los servicios públicos que le competen, así como la fijación de las cuotas de la seguridad social y en respeto de dicha fijación la determinación de la procedencia de la contribución mínima así como sus excepciones.

Teniendo en consideración la distinta naturaleza y prestaciones que otorga cada uno de los seguros, en el caso del Seguro de Salud corresponde a la protección de los riesgos de enfermedad y maternidad, y respecto del Seguro de Invalidez,

Vejez y Muerte, a los riesgos correspondientes a pensiones, se considera que deben existir los estudios técnicos correspondientes que fundamenten la inclusión de la excepción del caso de la cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en periodos intermedios del mes, en relación con la aplicación de la base mínima de cotización, de forma tal que se acredite que con ello no se afecte la viabilidad del sistema de seguridad social, de forma tal que se le permita al beneficiario del régimen disfrutar de una pensión mínima.”

De conformidad con lo expuesto en párrafos anteriores, se observa que un grupo de los salarios reportados que se registran en el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), son inferiores a ¢5.000 y ¢10.000, cuando solo un día de salario (treintavo del Salario Mínimo Legal de un Trabajador No Calificado para el año 2017) es de ¢9.771 (cuadro 1). Por ello, sobre este tipo de situación, es preocupante la existencia de salarios reportados, que inclusive son hasta de cinco colones, mil colones, entre otros; esto por sí solo constituye un elemento que requiere de un monitoreo y control permanente, a efectos de contrarrestar la evasión que se genera en ambos seguros.

Cuadro 1. Salarios inferiores a la Base Mínima Contributiva que cotizan sobre lo reportado en el Seguro de Salud. De enero a junio 2017

Rangos de salariales	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1 0-5.000,99	5,821	1,537	4,259	1,144	1,428	925
2 5.001-10.000,99	5,052	2,800	6,943	2,154	2,309	2,012
3 10.001-15.000,99	4,677	2,929	3,456	2,175	2,569	2,397
4 15.001-30.000,99	10,207	6,087	5,112	4,685	5,605	4,968
5 30.001-60.000,99	16,831	11,168	10,655	10,477	11,020	10,591
6 60.001-90.000,99	17,663	11,014	10,287	10,141	10,811	10,072
7 90.001-120.000,99	14,652	11,283	10,710	9,500	10,961	10,382
8 120.001-150.000,99	13,790	11,444	11,027	9,683	11,185	10,547
9 150.001-180.000,99	13,382	11,470	10,750	8,649	11,020	10,651
10 180.001-231.135	18,276	15,504	15,086	12,218	15,914	14,924
Total	120,351	85,236	88,285	70,826	82,822	77,469

Fuente: SICERE

La ausencia del establecimiento explícito en la normativa de un Ingreso Mínimo Diario Permitido con Excepciones (IMPE), tiene un efecto negativo en los ingresos de los seguros sociales. Por esto, se considera importante modificar la forma en que se aplican las excepciones en el Seguro de Salud y eventualmente en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, garantizando la utilización de ingresos mínimos diarios que guarden consistencia con el Salario Mínimo de Ley.

Por lo anterior, se propone la aplicación de este Ingreso Mínimo Diario Permitido con Excepciones para el Seguro de Salud y para el caso del Seguro de Invalidez, Vejez y

Muerte esto procedería siempre y cuando paralelamente se acrediten en los registros individuales de los trabajadores la fracción de cuota que corresponda y su utilización para la estimación de beneficios futuros.

Es importante que tales mínimos queden explícitos en la normativa institucional, entendiendo este concepto como aquel donde el tiempo mínimo laborado en un mes es un día, por lo que el ingreso mínimo permitido en el marco de esas excepciones debe ser aproximadamente de un treintavo del Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado, según decreto de salarios. Esto nos conduce al siguiente intervalo de ingresos:

$$(1/N) * SML \leq IMPE < BMC$$

Dónde: *SML:* Es el Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado.

IMPE: Es el Ingreso Mínimo Permitido con Excepción.

BMC: Es la Base Mínima Contributiva.

N: Es igual al número de días promedio mensual, o sea 30 días.

Este criterio requiere la utilización de unidades de salario diario, de modo que si la persona trabaja más de un día, el Ingreso Mínimo Diario Permitido con Excepciones (IMPE), deberá ser consistente con la siguiente expresión:

$$IMPE = (D/N)*SML, \text{ para todo } D \text{ tal que } (D/N)*SML < BMC$$

Dónde: *D* es el número de días laborados y reportados.

N es igual al número de días promedio mensual, o sea 30 días

Propuesta de Reforma a los Reglamentos de Seguro de Salud y Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, se propone la modificación al artículo 63° del Reglamento del Seguro de Salud y artículo 34° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, para que se lean de la siguiente forma:

<i>Situación Actual</i>	<i>Situación Propuesta</i>
<p><i>Reglamento Seguro de Salud</i></p> <p><i>ARTÍCULO 63°</i> <i>De la cotización mínima.</i></p> <p><i>El monto del salario o ingreso que se anota en la planilla no podrá ser inferior al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva de los Trabajadores Independientes afiliados individualmente.</i></p>	<p><i>Reglamento Seguro de Salud</i></p> <p><i>ARTÍCULO 63°</i> <i>De la cotización mínima.</i></p> <p><i>El monto del salario o ingreso que se anota en la planilla no podrá ser inferior al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva de los Trabajadores Independientes afiliados individualmente, definiéndose este</i></p>

<p><i>Conforme se establezca modificaciones en dicha escala, se realizarán los aumentos en las cotizaciones, previa comunicación a los patronos y a los trabajadores, por los medios de comunicación más convenientes.</i></p> <p><i>Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes.</i> <i>b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días.</i> <i>c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos.</i> 	<p><i>como la Base Mínima Contributiva para todo trabajador.</i></p> <p><i>La Base Mínima Contributiva la establecerá anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial y Económica.</i></p> <p><i>Conforme se establezcan modificaciones en la Base Mínima Contributiva, se realizarán los aumentos en las cotizaciones, previa comunicación a los patronos y a los trabajadores, por los medios de comunicación más convenientes.</i></p> <p><i>Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes.</i> <i>b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días.</i> <i>c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos.</i> <p><i>Aunque el ingreso reportado sea inferior a la Base Mínima Contributiva, se define un Ingreso Mínimo Diario Permitido con Excepciones, el cual corresponde progresivamente a una fracción del Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado, según el decreto de salarios mínimos. Concretamente esa fracción corresponde al cociente definido por el número de días trabajados dividido entre 30, y ningún trabajador amparado a esas excepciones podrá contribuir por debajo de ese Ingreso Mínimo</i></p>
--	---

<p><i>En el caso de trabajo doméstico, si los salarios mínimos que se dicten por decreto ejecutivo, son inferiores al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva del seguro voluntario, la cotización se restablecerá dentro de este último.</i></p>	<p>Permitido.</p> <p><i>(Este párrafo se elimina)</i></p>
<p>Reglamento Seguro de IVM</p> <p>Artículo 34°</p> <p><i>Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima debe corresponder al ingreso mínimo de referencia del trabajador independiente afiliado individualmente ya sea que se trate de asegurados obligatorios, de trabajadores independientes o de asegurados voluntarios que coticen para este Seguro. El nivel mínimo de contribución lo establecerá anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.</i></p>	<p>Reglamento Seguro de IVM</p> <p>Artículo 34°</p> <p><i>Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima debe corresponder al ingreso mínimo de referencia del trabajador independiente afiliado individualmente definiéndose este como la Base Mínima Contributiva para todo trabajador, ya sea que se trate de asegurados obligatorios, de trabajadores independientes o de asegurados voluntarios que coticen para este Seguro. La Base Mínima Contributiva la establecerá anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial y Económica.</i></p> <p>Conforme se establezcan modificaciones en la Base Mínima Contributiva, se realizarán los aumentos en las cotizaciones, previa comunicación a los patronos y a los trabajadores, por los medios de comunicación más convenientes</p> <p>Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:</p> <p>a. Cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes.</p> <p>b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días.</p>

	<p><i>c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos.</i></p> <p><i>Aunque el ingreso reportado sea inferior a la Base Mínima Contributiva, se define un Ingreso Mínimo Permitido con Excepciones, el cual corresponde progresivamente a una fracción del Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado, según el decreto de salarios mínimos. Concretamente esa fracción corresponde al cociente definido por el número de días trabajados dividido entre 30, y ningún trabajador amparado a esas excepciones podrá contribuir por debajo de ese Ingreso Mínimo Permitido.</i></p> <p><i>En estos casos de excepciones, la Dirección de Administración de Pensiones registrará la fracción de cuota correspondiente, calculada como el cociente del número de días trabajados dividido entre 30.</i></p>
--	---

Cabe indicar, que esta propuesta de reforma fue previamente consultada con funcionarios a cargo del SICERE, los cuales manifiestan que se requieren no solo cambios del sistema informático, sino fundamentalmente modificaciones a nivel conceptual del diseño en la planilla, que demandarían ajustes en los sistemas de información que utilizan los patronos del sector público y privado del país, para efectuar los reportes mensuales a la institución.

Por ello, es importante que las autoridades institucionales valoren esta propuesta de modificación, considerando la restricción operativa antes mencionada.

Consideraciones finales

Al respecto, se estima conveniente la valoración de las siguientes acciones:

- 1. Presentar a Junta Directiva la propuesta de reforma a los artículos 63° del Seguro de Salud y al artículo 34° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.*

2. *Que las Gerencias Financiera y de Pensiones valoren la aplicación de un transitorio o una norma de forma temporal que les permita evolucionar de la situación actual a la propuesta.*
3. *Instruir a la Dirección del Sistema Centralizado de Recaudación y al Área Gestión Informática de la Gerencia de Pensiones, para que inicien de inmediato con los ajustes de los sistemas de información.*
4. *Que la Gerencia Financiera en conjunto con sus unidades técnicas competentes lleven a cabo actividades de fiscalización, que permitan valorar la correcta aplicación de los artículos reformados.”*

IV. Consideraciones sobre la propuesta del grupo de trabajo

Estas Gerencias consideran que la propuesta presentada por el equipo técnico, es una solución integral, cuya puesta en práctica, demanda indispensablemente, un proceso por fases. En primera instancia, como estrategia de corto plazo y primer avance, se acuerda restituir las excepciones en el Seguro de Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, considerando que:

- a. La restitución de excepciones en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, tiene como propósito disminuir el costo relativo actual de las cuotas obreras y patronales para casos excepcionales, es decir, que no son comportamientos permanentes, tales como cuando se presentan incapacidades, el surgimiento de ingresos o salidas de trabajadores en el intermedio del mes y la existencia de múltiples patronos. Lo anterior, es coherente y se vincula al propósito de aumentar la cobertura contributiva de la Población Económicamente Activa (PEA).
- b. La evolución hacia el Ingreso Mínimo Diario Permitido con Excepciones (IMPE), requiere cambios conceptuales en el diseño de la planilla que se usa a nivel del SICERE, lo que a su vez, incide en los sistemas de información que manejan las empresas para generar los reportes a la institución, así como, cambios en el Sistema de Información de Gestión de Inspección (SIGI). El desarrollo de la propuesta del IMPE desde el punto de vista de procesos, sistemas, tecnología y operativa, demanda al menos 6 meses de tiempo.
- c. La propuesta de fraccionamiento de cuotas, se considera como una de las soluciones posibles para armonizar la contribución y el perfil de beneficios, lo que coadyuvaría a la sostenibilidad del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. No obstante, dado el impacto en el nivel de cotizaciones del trabajador se considera necesario analizar la propuesta desde un contexto participativo.
- d. Implementar cuotas fraccionadas según los salarios reportados cuando se apliquen excepciones, requiere modificaciones estructurales en el Sistema Integrado de Pensiones, que solo podrían ser desarrolladas en el mediano plazo.

V. Propuesta de Reforma al Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

En vista de los elementos anteriores, estas Gerencias consideran pertinente restituir la aplicación de excepciones en la contribución al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, mediante la reforma al artículo 34° de su Reglamento, de la siguiente manera:

<i>Situación Actual</i>	<i>Situación Propuesta</i>
<p data-bbox="302 382 672 411">Reglamento Seguro de IVM</p> <p data-bbox="302 449 464 478">Artículo 34°</p> <p data-bbox="302 520 813 1100"><i>Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima debe corresponder al ingreso mínimo de referencia del trabajador independiente afiliado individualmente ya sea que se trate de asegurados obligatorios, de trabajadores independientes o de asegurados voluntarios que coticen para este Seguro. El nivel mínimo de contribución lo establecerá anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.</i></p>	<p data-bbox="883 382 1253 411">Reglamento Seguro de IVM</p> <p data-bbox="883 449 1045 478">Artículo 34°</p> <p data-bbox="883 520 1396 1176"><i>Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima debe corresponder al ingreso mínimo de referencia del trabajador independiente afiliado individualmente definiéndose este como la Base Mínima Contributiva para todo trabajador, ya sea que se trate de asegurados obligatorios, de trabajadores independientes o de asegurados voluntarios que coticen para este Seguro. La Base Mínima Contributiva la establecerá anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial y Económica.</i></p> <p data-bbox="883 1218 1396 1285">Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="883 1327 1396 1428"><i>a. Cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes.</i> <li data-bbox="883 1436 1396 1537"><i>b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días.</i> <li data-bbox="883 1545 1396 1722"><i>c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos.</i>

VI. Criterios sobre la Propuesta de reforma al artículo 34° del Reglamento IVM

a. Criterio Legal

La Dirección Jurídica, mediante el oficio DJ-6102-2017 del 18 de octubre 2017, emite criterio jurídico respecto de la propuesta de reforma del artículo 34° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, según se transcribe a continuación:

“En conclusión, con fundamento en lo expuesto, se considera que la propuesta de reforma del artículo 34 del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se encuentra ajustada a derecho, en el tanto lo que se busca es incluir en el caso de dicho régimen las excepciones a la base mínima contributiva ya dispuestas para el Régimen de Salud.

Se recomienda que se adjunten a dicha propuesta los estudios técnicos correspondientes que fundamenten la inclusión de dichas excepciones de forma tal que se acredite que con ello no se afecte la viabilidad y sostenibilidad de Seguro de IVM, de forma tal que se le permita al beneficiario de régimen disfrutar de una pensión mínima.

Por último, se le recuerda a la Administración que debe conformarse un expediente administrativo en relación con la propuesta de Reglamento, que debe considerar la justificación de la propuesta, verificar cumplimiento de la Ley 8220 (remisión a la Comisión SIMPLIT-MR), entre otros; debe incluirse norma en cuanto a la entrada en vigencia de la reforma.”

b. Criterio Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria

El Lic. Ronald Lacayo Monge, Oficial de simplificación de trámites y mejora regulatoria, mediante oficio GA-42742-17 del 19 de octubre 2017, indicó que la Comisión de Mejora Regulatoria por medio de la nota CMRST-007-2017, mencionó en lo que interesa lo siguiente:

“Sobre la “Propuesta modificación artículo 34° del Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, esta Comisión ACUERDA UNANIMEMENTE que una vez analizados los criterios DSA-PSTMR-075-2017 y AL-DSA-009-2017, escuchadas las presentaciones de la Licda. Marianne Pérez Gómez de la Gerencia Financiera y del Lic. Jaime Barrantes Espinosa, Gerente de Pensiones, así como revisada la propuesta, no existe afectación a trámites”

Asimismo, se recibe oficio DJ-6201-2017, relativo al artículo en modificación y suministra las siguientes conclusiones (...)

En virtud de lo anterior, se recomienda realizar las gestiones pertinentes para su aprobación ante las autoridades respectivas, considerando las acciones dictadas por la Dirección Jurídica, según el análisis del oficio adjunto” ...”,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del Lic. Gustavo Picado Chacón, y conforme a las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en el referido oficio número GP-52865-2017/GF-3596-2017, así como los criterios emitidos en el la comunicación número GA-42742-17 del 19 de octubre del año 2017 del Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, y en la nota número DJ-6201-2017 del 18 de octubre de 2017 de la Dirección Jurídica, y de conformidad con 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 el artículo 34° del *Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte*, en los siguientes términos:

REGLAMENTO DEL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

“Artículo 34°

Independientemente del monto del salario o ingreso que se anote en la planilla, la cotización mínima debe corresponder al ingreso mínimo de referencia del trabajador independiente afiliado individualmente definiéndose este como la Base Mínima Contributiva para todo trabajador, ya sea que se trate de asegurados obligatorios, de trabajadores independientes o de asegurados voluntarios que coticen para este Seguro. La Base Mínima Contributiva la establecerá anualmente la Junta Directiva, tomando en consideración las recomendaciones de la Dirección Actuarial y Económica.

Las excepciones al pago de la cuota mínima son las siguientes:

- a. Cesantía o ingreso de nuevos trabajadores ocurridos en períodos intermedios del mes.*
- b. Reportes de incapacidades o permisos sin goce de salario que abarcan más de quince días*
- c. Trabajo simultáneo con varios patronos o con patrono y seguro independiente percibiendo salarios e ingresos inferiores con todos o algunos de ellos”.*

Asimismo, se solicita a las Gerencias Financiera y de Pensiones que, en un plazo de seis meses, presenten un informe en relación con la puesta en práctica de esta disposición.

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

ARTICULO 9°

El Director Loría Chaves manifiesta su preocupación, porque cree que se debe solucionar el tema, pues la Contraloría General de la República, obligó a la Institución a cobrar las cuotas del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), así como las del Fondo de Desarrollo y Asignaciones Familiares (FODESAF). Entonces, la Institución se ha convertido en la recaudadora y, además, la cobradora de las cuotas de FODESAF, repite, es la Caja por orden de la Contraloría General de la República y no porque lo desea hacer. Esa situación está provocando que cuando un patrono o un trabajador independiente, esté atrasado en el pago de las cuotas y viene a la Institución a realizar una negociación, se le indica que la Caja hace un arreglo de pago, pero el FODESAF

no. Entonces, no paga y la Caja no recibe el dinero, ni tampoco lo recibe FODESAF. Ha insistido en que no es posible que muchas personas no paguen, porque no puede pagar FODESAF y, repite, le preocupa. Estima que la Institución debería hacer las gestiones que sean necesarias, ante la Contraloría General de la República, o quien corresponda para que por lo menos, se le aplique la misma mecánica que hacen los arreglos de pago de la Caja y, repite, porque el argumento de la Gerencia Financiera, es que no se pueden hacer arreglos de pago de FODESAF. En ese sentido, hay muchas personas que tienen el dinero, para hacer el arreglo de pago, pero como le piden todo el dinero de FODESAF, no paga porque no puede y ese aspecto, está afectado significativamente las finanzas a la Institución. Quiere que se analice la posibilidad de que se instruya a la Gerencia Financiera, para que haga la gestión ante la Contraloría General de la República, o le plantee la propuesta a FODESAF, en el sentido de que al menos, cuando un patrono atrasado hace un arreglo de pago, en el caso de FODESAF se le dé el mismo tratamiento de los arreglos de pago de la Caja, para que se faciliten los pagos porque de lo contrario se afectan las dos instituciones.

El Gerente Financiero indica que cuando se inició con el cobro, lo que se implementó fue el cobro ordinario. Los arreglos de pago son un desarrollo que hay que hacer en el nivel del sistema para aplicar, exactamente, lo que indicó don José Luis pero a nivel de FODESAF.

El señor Loría Chaves pregunta por qué se tiene que condicionar el arreglo de pago de la Caja con el de FODESAF.

Sobre el particular, señala don Gustavo Picado que van a haber arreglos de pago, para FODESAF con las mismas reglas que hay para la Caja. La tarea pendiente es un desarrollo a nivel del sistema informático, porque los arreglos de pago aunque estén en las mismas condiciones hay que separarlos, es decir, un arreglo de pago para la Caja y otro para FODESAF.

Consulta don José Luis por qué la Caja está condicionada a que se realicen dos arreglos de pago y no solo uno.

Responde el Lic. Picado Chacón que es un tema de desarrollo del sistema, no es que están condicionados, incluso, en los arreglos de pago de FODESAF se pueden cumplir muchas reglas de la Caja, pero no son las mismas. En ese sentido, se tiene que suscribir un convenio, un arreglo de pago y, eventualmente, se podría poner propiedades para garantizar el pago de FODESAF o podría ser fiduciario, pero se ocupa un módulo para gestionar esos contratos. No significa que no se va a realizar, sino que se está desarrollando el módulo. Puede dar un informe de cómo se avanza en el proceso y qué tan pronto se logrará concretar.

Pregunta el Director Devandas Brenes si FODESAF puede hacer arreglos de pago.

El Gerente Financiero señala que FODESAF los habilita para poder hacer arreglos de pago, pero lo que se tiene en este momento es una imitación del SICERE. Hace énfasis en que el asunto se está tratando, porque el patrono aparece moroso globalmente y puede convenir un arreglo de pago con la Caja, pero la persona queda morosa con Fodesaf y al final, queda moroso para todo. Por ejemplo, una certificación que el patrono saca es Caja y Fodesaf juntos y para estar al día, debe estarlo con ambos conceptos. En ese sentido, le solicitará a don Luis Diego Calderón que haga un informe y lo envíe. Repite, les dará una instrucción a las personas que manejan los

requerimientos, para que le den prioridad al asunto. No obstante, conoce que hace tiempo se ha estado trabajando en el tema porque, efectivamente, se han intentado situaciones de esta naturaleza.

La Gerencia Financiera **toma nota** de lo planteado.

Por otra parte, el licenciado Barrantes Espinoza se refiere al trabajo que está realizando la Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que se va a habilitar dos lunes, pues están en la discusión de las medidas para fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, (RIVM) y están esperando, para determinar si a finales de este mes se lograra tener un informe. En este momento, están más que todo en las medidas de gestión y de fortalecimiento de control interno y otros temas. Todavía no se ha llegado a la discusión de los asuntos paramétricos de fondo, pero hay que esperar que en las próximas sesiones si se de esa discusión.

El Director Loría Chaves anota que la Junta Directiva había tomado un acuerdo de que, independientemente, la Mesa de Diálogo y la Gerencia de Pensiones con la Dirección Actuarial, fueran trabajando de acuerdo con el estudio de la Universidad de Costa Rica (UCR) y otros estudios, para que determinen qué medidas consideraba la Gerencia de Pensiones que se deberían de tomar para sostener el Régimen; es decir, no esperar lo que la Mesa de Dialogo indique, sino también que la Gerencia plantee una propuesta alternativa de lo que consideran que son las reformas para que la Junta Directiva y se pueda definir con más criterio, cuáles serían las funciones.

El Lic. Barrantes Espinoza señala que se ha venido trabajando paralelamente en ese tema.

Se toma nota de lo informado.

Los licenciados Picado Chacón y Barrantes Espinoza se retiran del salón de sesiones.

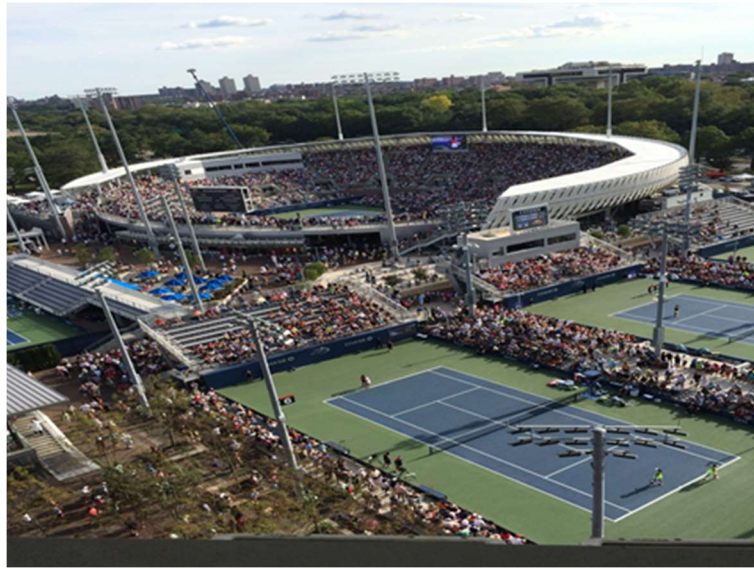
Ingresa al salón de sesiones la Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica, y el doctor Arnoldo Matamoros Sánchez, Director del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).

ARTICULO 10°

Se continúa con la presentación iniciada (artículo 6° de esta sesión) respecto de los Informes de evaluación de los resultados de los proyectos aprobados por la Junta Directiva; se ha distribuido el oficio N° GM-SJD-29557-2017, del 28 de setiembre del presente año: abordaje de las listas de espera.

La presentación, en relación con el Proyecto de fortalecimiento del CENARE para la reducción de plazos de espera en especialidades de Ortopedia en todo el territorio nacional, está a cargo del doctor Matamoros Sánchez, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



2)

**PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DEL CENARE
PARA LA REDUCCIÓN DE LOS PLAZOS DE ESPERA
EN LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA EN EL
TERRITORIO NACIONAL
NOMBRE PROYECTO**

**CENTRO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN**

3)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
ORTOPEDIA	UN AÑO Diciembre-2016 Diciembre-2017	2000 cirugías	12 de diciembre 2016	1.071.318.000
ARTROSCOPIAS DE RODILLAS				
SINDROME TUNEL CARPAL				

4)

PRODUCCIÓN EJECUTADA



5)

DISTRIBUCION PACIENTES

Establecimientos	Total de pacientes entregados de la lista de espera del establecimiento	Pacientes con cita	Paciente no correspondiente o localizable	Paciente resuelto en el establecimiento	Paciente desea esperar en el establecimiento	Paciente no desea la cirugía	Paciente con diagnóstico diferente	Paciente de riesgo/beneficio	Paciente Fallecido	Paciente sin seguro	Paciente de la Reforma
Hospital San Juan de Dios	1767	625	747	184	63	107	25	12	2	2	0
Hospital Max Perala	1031	408	316	59	92	105	49	1	0	1	0
Hospital San Rafael de Alajuela	657	281	206	45	53	52	14	4	0	1	1
Hospital Calderon Guardia	459	129	105	71	94	28	25	0	5	2	0
Hospital Mexico	439	136	163	67	34	14	24	0	0	1	0
Hospital Monseñor Sanabria	245	139	34	3	4	12	34	17	2	0	0
Hospital Enrique Baltodano B.	203	98	57	4	8	19	15	0	1	1	0
Hospital Escalante Pradilla	177	88	70	3	12	13	11	0	0	0	0
Hospital Tony Fazio	150	65	61	15	4	4	0	0	0	1	0
Hospital San Francisco de Asis	111	66	30	3	1	9	2	0	0	0	0
Hospital La Anexion	44	9	21	6	6	1	1	0	0	0	0
TOTAL DE PACIENTES	5283	2024	1810	460	371	364	200	34	10	9	1

6) Impacto de la lista:

- El impacto de la lista de espera en la especialidad de ortopedia se verá reflejada en los 11 establecimientos hospitalarios el cual se les ha colaborado con el proyecto de Ortopedia del territorio Nacional.
- Gran impacto en ocupación hospitalaria de fin de semana y feriados de 62% a 90%.

La Gerente Médico indica que el Proyecto de Ortopedia se está desarrollando y lo va a presentar al señor Director del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), doctor Arnoldo Matamoras.

El Dr. Arnoldo Matamoros refiere que en la primera diapositiva, se mostrará las listas de espera de la Caja en Ortopedia. Comenta el Dr. Humberto Araya Rojas, diseñó el Proyecto de Fortalecimiento del CENARE pero, básicamente, para la reducción de las listas de plazos de espera en ortopedia a nivel nacional. Aclara que no es un proyecto de las listas de espera, sino que es un proyecto a nivel nacional de la Caja de todas las listas de espera, básicamente, en dos patologías que son Artroscopias y Síndrome de Túnel Carpal. El proyecto fue aprobado en el mes de diciembre del año 2016 al mes de diciembre del año 2017, repite, el Proyecto se denomina Lista de Espera Nacional de Ortopedia, básicamente, artroscopias y Túnel Carpal. La meta del proyecto era realizar 2.000 cirugías, la fecha de inicio fue el 12 de diciembre del año 2016, con un presupuesto de mil setenta y un millón de colones. La logística que se empleó fue distinta en cuanto a la depuración, por ser una lista de espera a nivel nacional. En ese sentido, se enviaron formularios para su llenado a los distintos centros del país.

Respecto de una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez, responde el Dr. Matamoros Sánchez que las listas de espera no son del CENARE, sino del Hospital San Juan de Dios, del Hospital Calderón Guardia, del Hospital México, es decir, son 11 hospitales los que participaron en el proyecto, dado que tenían listas de espera que arrastraban del año 2011 al año 2016.

Interviene la doctora María Eugenia Villalta Bonilla y aclara que, por ejemplo, se empezó a trabajar con el hospital que tenía los plazos más largos, era el Hospital de Alajuela; entonces, se empezó a resolver los pacientes del año 2010. Cuando se terminaron los pacientes del año 2010, se continuó con los pacientes del Hospital de Cartago del año 2011 y es una ayuda adicional. Luego, se empezó a resolver los pacientes del año 2011 y cada Hospital se lleva los pacientes y sigue trabajando su propia lista de espera y así se ha ido año con año; inclusive, se han operado pacientes de los Hospitales de Liberia, Puntarenas, Calderón Guardia, San Juan de Dios y México.

Agrega el Dr. Arnoldo Matamoros que de 11 hospitales, el número uno es Hospital San Juan de Dios, el número dos el Hospital San Rafael, el número tres el Hospital México, el número cuatro el Hospital Calderón Guardia y así en descenso, hasta tener 11 hospitales nacionales desde los Hospitales de Pérez Zeledón, Nicoya y Liberia.

Ante un comentario del Director Fallas Camacho, indica el Dr. Matamoros que el Hospital San Juan de Dios, también trabajo en la lista de espera de ese Hospital y el CENARE presentará los casos que resolvieron de la lista de espera a nivel nacional.

Señala el doctor Fallas Camacho que dentro de las listas de espera, el Hospital San Juan de Dios debió haber reducido la listas de espera, producto de los pacientes que resolvió el CENARE.

Al respecto, indica la doctora Villalta Bonilla que ese aspecto, se observará en el plazo del Hospital San Juan de Dios.

Respecto de una consulta de don Oscar Fallas, señala la doctora Villalta que la Gerencia Médica no presentó esa información, porque la presentará el Director del CENARE.

Señala el Director Barrantes Muñoz que la creación del CENARE es la rehabilitación y no la actividad quirúrgica, entonces, su pregunta va más bien dirigida en lo que se relaciona con la

actividad quirúrgica. En términos, si el CENARE tiene el mismo nivel resolutivo que podría tener el Hospital de Alajuela, o cualquier hospital de esa categoría, no es que tiene un nivel de complejidad o está hecho para atender niveles de complejidad, especialmente, distintos a los que podría tener un hospital regional o como los citados.

El Dr. Arnoldo Matamoros señala que ese hospital es, básicamente, para atender la complejidad en rehabilitación. Todos los centros los alimentan, envían pacientes complejos con lesiones medulares, secuelas de ABC, de trauma de cráneo y patologías muy discapacitantes, pero también desde que nació en el año 1977 se tiene la Especialidad de Ortopedia. Entonces, ortopedia básicamente en sus inicios, era el único centro que hacía reemplazo articular, rodillas y caderas, así como cirugía de columna y otras patologías ortopédicas, no traumatológicas. Comenta que un ortopedista indicó que el 90% son traumatólogos, pero ortopedistas puros tal vez el concepto de ortopedia, va más allá del trauma, no todo traumatólogo hace ortopedia. Efectivamente, se hace cirugía compleja en los hospitales pero, también, cirugía ambulatoria no compleja. En este caso, lo que se pretendía alivianar es la carga que se tiene en todos los hospitales, según las listas de espera de los años 2010-2011 y 2012. No se conocía ni que paciente era, sino que se alimentaba con nóminas de formularios para irlos depurando. Entonces, se realizaba una depuración de pacientes, mediante llamadas, contactos y valorar bien si ya habían sido intervenidos, o no y, además, si las personas se querían intervenir. También, si aplicaba para el proceso, entonces, se empezaba con el paciente su proceso de consulta, estudios, valoración por ortopedista y programación quirúrgica. Continúa y señala que para el mes de agosto del año 2016, se tenía una lista de espera de 5.283 pacientes. Entonces, mediante formularios y nóminas de formularios para valoración de esa cantidad de pacientes, se han operado 995. Hace hincapié en que esos pacientes ya están depurados en la lista de espera. Por otra parte, los cuestionarios que se contestaron que las personas están ilocalizables, se devuelven a su centro mediante cuatro llamadas o cinco, o no se quieren operar o ya se operaron o, están fuera del país o, lamentablemente, están fallecidos.

Al doctor Devandas Brenes le llama atención que se trasladen listas no derogadas, es decir, que un Hospital le traslade al CENARE, una lista que a su juicio debería de estar depurada. Entonces, que se tenga la seguridad de que esas personas que se están trasladando, están para que sean intervenidas, porque le parece inconveniente que se trasladen pacientes al CENARE para que se realice la depuración en ese Centro.

Al respecto, indica la doctora María Eugenia Villalta que en este caso, lo que se hace es que se llama al paciente, alguno se depura telefónicamente porque ya fue operado en otro hospital pero en otros casos, lo que se hace es que se cita al paciente y cuando se cita al paciente, por ejemplo, ha perdido peso, entonces, no requiere la cirugía. Por lo que en el CENARE se le da de alta, pues primero atiende al paciente el Fisiatra. Aclara que no todos los pacientes se logran depurar por teléfono, porque ya los operaron y algunos, porque ya la patología no se requiere, pues lo atendió el Fisiatra y determinó que el paciente tiene que perder peso.

Señala don Mario que la depuración médica, entiende que la tiene que hacer CENARE, pero el asunto de que del CENARE se llame por teléfono para localizar al paciente, le parece que lo debe hacer el hospital que remite.

El doctor Arnoldo Matamoros aclara que son listas de pacientes muy viejas, es decir, de los años 2010, 2011, 2012 y 2013. Muchas de las depuraciones son telefónicas pero otras, se realizan cuando se califica a la personas en consulta, pues son enfermedades concomitantes o porque tienen mucho sobrepeso, o porque el paciente tiene otras situaciones. En ese sentido, se depura en consulta, pero también otras personas se depuradas telefónicamente y se devuelve a sus respectivos centros.

Pregunta el Director Loría Chaves si cuando se hace referencia del monto de doscientos ochenta y tres millones de colones, es el pago que se les hace a los médicos, para que hagan la jornada extra. Entonces, en esos casos están incluidas las cargas sociales y todos los aspectos demás o solo lo que se paga por acto médico.

El doctor Matamoros Sánchez señala que la información que se está presentando, es al mes de agosto del año 2017, entonces, va incluido lo que es el acto quirúrgico, todo el equipo, el Anestesiólogo, el Ortopedista, el Asistente, el instrumentista, entre otros. Además, incluye el médico que valora el acto prequirúrgico, el postquirúrgico, el que hace los estudios de electromiografía, porque son 248 pacientes y al estar en una lista de espera tan vieja, hubo que hacerles estudios de electromiografía. Entonces, esas 747 gastroscopías son actos quirúrgicos, pero está incluido todo el paquete desde el secretario, el equipo quirúrgico, el de laboratorio, del de rayos equis, entre otros.

Ante una pregunta del Lic. Barrantes Muñoz señala el Dr. Arnoldo Matamoros que una artroscopía, es una cirugía ambulatoria no compleja, pero suma en la lista de espera. Entonces, tanto suma el depurado como el operado. En ese sentido, el CENARE está interviniendo casos de cirugía ambulatoria y se va a iniciar, lo correspondiente a los reemplazos articulares de los años 2008, 2009 y 2010 enviados por diferentes centros, para hacer una parte de cirugía mayor compleja y mejorar lo que es la ocupación hospitalaria en el área de ortopedia. Comenta que había una tabla que no la hicieron, porque no es la lista de espera del CENARE, en esos términos el impacto se mide en los diferentes centros hospitalarios, pero se logra observar la distribución de los pacientes, tanto del Hospital San Juan de Dios, los cuales son 1.767 pacientes referidos de los Hospitales: Max Peralta, San Rafael de Alajuela, Calderón Guardia, México, Monseñor Sanabria, Enrique Baltodano, Escalante Pradilla, Tony Facio, San Francisco de Asís y La Anexión. Reitera, son 11 hospitales que se han beneficiado con las listas de espera que tienen ortopedia. Entonces, aprovechando que tienen ortopedistas y es interesante, porque en este instante, se tiene un equipo de nueve Ortopedistas y nueve Anestesiólogos, los cuales están muy participativos en lo que es el proyecto.

Al Director Devandas Brenes le llama mucho la atención que en los informes previos, los hospitales no dieron información de este proyecto, pues llevan en sus listas de espera, cuánto se está remitiendo al CENARE, repite, ese dato no lo indicaron. Entonces, al analizar sus propias listas de espera, les dieron los datos y lo que han tratado, pero no de los que excluyeron por remisión, entonces, le parece que es interesante revisar ese dato. Considera que con la Clínica Oftalmológica va a suceder una situación similar.

Indica el doctor Matamoros que ese dato lo maneja la UTLE.

Aclara la doctora María Eugenia Villalta que esa información no la maneja la UTLE, sino que es un dato que lo tienen todos los hospitales en sus listas de espera. Lo que la UTLE maneja es cuando se terminan los pacientes del año 2007 y siguen los pacientes del año 2008 del Hospital San Juan de Dios, por ejemplo. No obstante, esa información se coordina con los directores de los hospitales, además, igual al final de proyecto cuando el doctor Matamoros termine, tiene que brindar un informe de los pacientes operados y se envía al personal de la UTLE y esa Unidad, le envía los listados con la información a los hospitales para que depuren la lista de espera que tienen.

El doctor Devandas Brenes manifiesta una duda, porque lo que sucede es que queda una duplicación de la información. Como ejemplo, el Hospital San Juan de Dios indica que depuró, pero no fue el Hospital el que resolvió los pacientes sino que fue el CENARE.

Aclara la doctora Villalta Bonilla que en la depuración del Hospital San Juan de Dios, lo que hizo el CENARE no lo cuenta, porque se les envía por aparte; es decir, lo que presentaron fue lo correspondiente a sus jornadas de producción.

Entiende el Dr. Devandas Brenes que según lo que entiende, es que un Hospital da la lista de espera y una parte la envió al CENARE. Entonces, en el informe que les dio el Hospital San Juan de Dios no está consignada esa información, es a lo que se refiere.

La señora Gerente Médico le explica la operativa a don Mario, en términos de que en los hospitales llevan sus listas de espera y los pacientes depurados que presentaron, no están incluidos los del CENARE. Cuando ya el CENARE llama y depura la lista de pacientes, entonces, le envían la información a la UTLE de la Gerencia Médica y esa Unidad, se reúne con el Director y le indica que, por ejemplo, que de los 1.000 pacientes que operó el CENARE, 50 resolvió que le correspondían al CENARE, entonces, el Director de los Hospitales les envían las listas al CENARE.

El Director Devandas Brenes indica que el informe del hospital debería contener ese dato.

El doctor Fallas Camacho indica que hay algún aspecto más que se mencionó en cuanto a los montos. Cuando se indica que los montos que se presupuestaron y se han utilizado, se estaba haciendo cálculos, en términos de cuánto era lo que se ha cumplido de casos resueltos y lo que se ha gastado, por ejemplo, el Hospital San Juan de Dios el 78% del presupuesto estimado y lo que tenía presupuestado, eran mil cuatrocientos millones de colones y se gastaron mil cien millones de colones, pregunta qué sucedió. Le parece que en esos montos deberían también estar reflejados, los pacientes que se operaron en el Hospital San Juan de Dios, entonces, la disminución de las listas de espera que se ha hecho en el CENARE. En ese aspecto, le parece que se debería de involucrar a efecto de determinar cómo va el gasto, porque están gastando directamente en el Hospital San Juan de Dios y, también, en el CENARE y actuando sobre la “misma lista de espera”.

El señor Presidente Ejecutivo señala que antes de llegar a esa conclusión, preguntaría si esos pacientes que los distintos centro remiten al CENARE, están incluidos en la lista de espera o en el universo de cada hospital.

Acota el Dr. Randall Álvarez que igual el Hospital Monseñor Sanabria, han sido beneficiarios de esas jornadas de producción, entonces, los pacientes que aparecen en la lista de espera del Hospital Monseñor Sanabria como pacientes pendientes. Cada vez que se hace la coordinación con el CENARE, en este caso en toda esta lista de espera aparece como temporada y el CENARE aparece como resuelto, porque resuelto es cuando se realiza el acto quirúrgico como tal. El Hospital Monseñor Sanabria no puede tener los pacientes como resueltos, porque no lo operaron en ese Hospital, sino que lo intervino el CENARE.

La Gerente Médico comenta que el doctor Álvarez lo señala como derivado, porque es derivado de otro hospital, hasta que no le envíen la información de si se operó el paciente, o se depuró, se puede eliminar de la lista de espera, pero en esa operativa se indica que el paciente fue resuelto en el CENARE.

El doctor Álvarez Juárez indica que en el Hospital se cotejan las notas y en el CENARE se registra, precisamente, como un paciente.

El Dr. Arnoldo Matamoros indica que los hospitales tienen su lista de espera y esa lista antigua, la maneja UTLE de la Gerencia Médica y pasa a ser del CENARE. Entonces, el Centro hace el depurado mediante un formulario y a veces, el paciente es depurado en una cita, o por una llamada telefónica. En ese sentido, para el depurado quirúrgico, se devuelve el formulario para que sea enviado a los diferentes hospitales y se excluya ese paciente de la lista de espera, es decir, la lista de espera es depurada por llamadas, en físico o cuando es operado el paciente.

El doctor Devandas Brenes indica que cuando el Hospital de Puntarenas, o cualquier otro no le da ese detalle y se estiman los costos de lo gastó el Hospital de Puntarenas en depuración, por ejemplo, está constando dos veces, porque el CENARE tiene un costo por depurar la lista de espera y si se suman a los pacientes depurados del Hospital Monseñor Sanabria, en comparación con el costo total. Por ese aspecto, insiste en que el Hospital que se beneficia, debe dar el detalle cuando presenta el informe, por ejemplo, tantos pacientes fueron depurados por el CENARE, tantos que enviamos fueron operados, pues es tener claridad en la información.

El doctor Matamoros Sánchez menciona que ese dato lo tendrán los hospitales cuando le llegue el formulario.

Anota don Mario que cuando se presente el informe en esta Junta Directiva, debe contener ese detalle porque si no se genera esa confusión.

El doctor Llorca Castro señala que en todo caso, se tiene el Hospital Monseñor Sanabria con 245 pacientes en total, los cuales fueron remitidos al CENAR, independiente, de la ruta de resolución se va a determinar cómo se presentará el informe del Hospital Monseñor Sanabria.

El Dr. Matamoros señala que el formulario le va a llegar al Hospital Monseñor Sanabria y el Hospital, excluirá los pacientes de las listas de espera. En este momento, el paciente está fuera de la lista de espera, pero cuando llegue el formulario, se indicará si fue operado o depurado en físico.

Indica el Dr. Fernando Llorca que ese paciente no puede estar fuera de la lista.

Señala la Dra. Villalta que se abrió un apartado en el ARCA que se denomina derivado, entonces, se señala paciente derivado al CENARE, entonces, cuando se recibe devuelto el formulario se indicará resuelto el caso.

El doctor Arnoldo Matamoros indica que el impacto de las listas de espera, se observará reflejado en los 11 establecimientos hospitalarios, al cual se le ha colaborado en el Proyecto de Ortopedia en el territorio nacional. Entonces, esa información se reflejará en la información del hospital, apenas reciba el formulario enviado por el CENARE a la UTLE y a los Directores y en el hospital, entonces, se depura la lista de espera. Otro gran beneficio ha sido su la depuración de la lista de espera hospitalaria de fin de semana y feriados, dado que de un 62% pasó a un 90% porque era parte del proyecto y es un aspecto para la rehabilitación muy exitosa. Considera que este proyecto ha sido muy exitoso, porque si fueran las listas de espera del CENARE, posiblemente, la estrategia hubiera sido diferente.

Pregunta don Mario cómo están las listas de espera del CENARE, pues se observa que tiene cinco pacientes del año 2015. Pregunta si está programadas esas operaciones.

Responde el Dr. Matamoros que algunas cirugías están programadas y otros pacientes están valorados, otros no están programados, porque la cirugía se programa a seis semanas y se tienen otros pacientes en trance.

Pregunta el doctor Devandas Brenes si este apoyo no está retrasando.

El doctor Matamoros indica que no porque en el CENARE se maneja el TUSH en tiempo ordinario de cinco cirugías por día, es decir, se cumple el TUSH en la jornada normal y lo que se está haciendo como plus es que se están resolviendo, por ejemplo, este mes y el que pasó, se realizaron 30 remplazos articulares cada mes, es el volumen de alrededor de todos los procedimientos que se hacen en los hospitales nacionales.

Abona la doctora Villalta Bonilla que este proyecto, era para abrir los quirófanos después de las 4:00 p.m., porque anteriormente las salas de operaciones funcionaban hasta las 4:00 p.m. y se cerraban, es parte de cómo empezar a utilizar la capacidad instalada del CENARE y los Ortopedistas que se tenían.

Señala el doctor Arnoldo Matamoros que el proyecto le ha dado, un mayor dinamismo al Hospital.

El doctor Matamoros Sánchez se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Randall Álvarez Juárez, Director del Hospital Monseñor Sanabria.

La exposición, con base en las siguientes láminas, está a cargo del doctor Álvarez Juárez, quien se refiere al aumento de la capacidad instalada para el abordaje de listas de espera en Cirugía General, Neurocirugía y Ginecología mediante jornadas de producción, en el Hospital Monseñor Sanabria:

D)

SEGURO SOCIAL COSTA RICA

Aumento de la Capacidad Instalada para el Abordaje de la Lista de Espera en Cirugía General, Neurocirugía y Ginecología* mediante Jornadas de Producción Quirúrgicas. HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA

Octubre, 2017

Dr. Randall Álvarez Juárez, Director General

II)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACIÓN DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
Cirugía General Neurocirugía	2016-2017	65 Jornadas	Nov. 2016	€135.0 millones

Fuente: Acuerdo de Junta Directiva N° 8868, oct del 2016.

III)

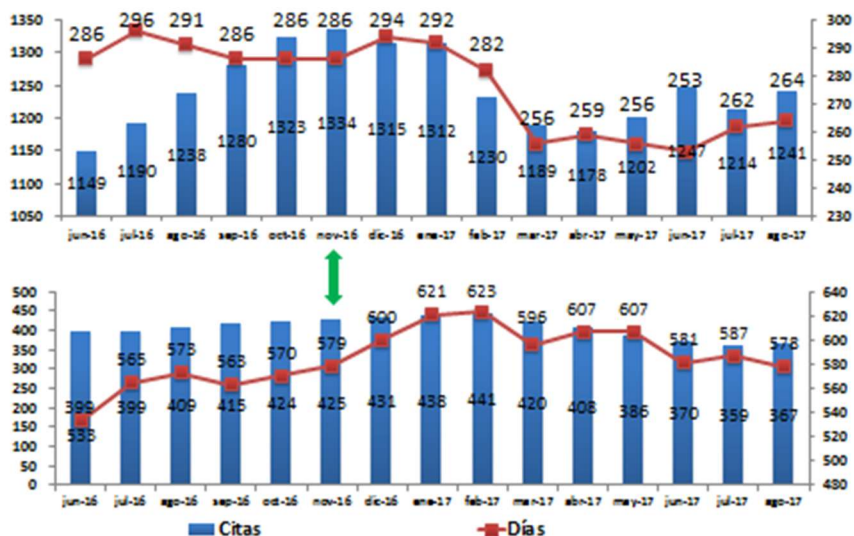
PRODUCCIÓN EJECUTADA CIRUGÍA GENERAL



MONTO EJECUTADO €92.7 millones

IV)

HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA
Comportamiento mensual de las listas y plazos de espera en Cirugía General y Neurocirugía. Periodo Junio 2016 – Agosto 2017



Fuente: Informes mensuales de Listas de Espera.

El Dr. Randall Álvarez Juárez indica que el proyecto, como su nombre lo indica señala que es para aumentar la capacidad instalada, para el abordaje de las listas de espera en Cirugía General, Neurocirugía y Ginecología. En el momento que se presentó el proyecto, para la revisión por parte de la Gerencia Médica, estaban en un momento totalmente diferente al que se tuvo cuando se presentó el proyecto, ante esta Junta Directiva. Sin embargo, el tema de Ginecología no fue mencionado, en el momento en que se aprobó el proyecto, pues se presentó en la propuesta de realizar 65 jornadas, para Cirugía General y Neurocirugía por un monto de ciento treinta y cinco millones de colones. De esas 65 jornadas, 56 corresponden a Cirugía General y nueve a Neurocirugía. Han estado observando que se ha analizado, anteriormente, el tema de la depuración, se evidencia en este momento, en este informe un aspecto que, constantemente, a nivel hospitalario lo están realizando y ese aspecto surge, precisamente, con recurso ordinario, no es recurso extraordinario que se requiere para ese proceso de depuración, es un proceso constante. En este caso particular, durante el período de la jornada como tal, ya que empezaron en el mes de noviembre del año 2016 y porque se logró completar, el objetivo que era atender a los pacientes del año 2016, en Cirugía General para ambas en el año 2017, en ese período procuran realizar 128 depuraciones y en la jornada extraordinaria, mediante jornada quirúrgica, pues lograron operar 198 pacientes y en total, 672 cirugías las cuales son el universo, en ese período de pacientes operados en la jornada ordinaria. La sumatoria de datos resultan 26 pacientes sumando los depurados y 790 en total de la lista de espera. Este 41% lo representa el porcentaje de pacientes de Cirugía General, los cuales fueron operados mediante la utilización de las jornadas de producción quirúrgicas. También hace la salvedad que el tema de Cirugía General, les ha permitido redistribuir las horas quirófano en jornada ordinaria, para otras especialidades, ya que si bien es cierto, el tema de Neurocirugía han tenido alguna limitación, porque tienen un único Especialistas que les presentó un dictamen de salud ocupacional, el cual

en este momento está siendo analizado. Sí se les permitió aumentar las horas quirófano, para esta especialidad, lo cual les hizo revertir la tendencia que tenían, en lo que era la lista de espera en aumento hasta 621 días y poco a poco, se ha logrado ir revertiéndola lo cual, obviamente, lo van a mejorar aún más, con la incorporación de un especialista que se ha venido gestionando, como parte de la contratación de extranjeros que se tiene.

La Gerente Médica le solicita al doctor Álvarez Juárez que aclare que fue el dictamen y por qué no puede operar el Neurocirujano.

Responde el doctor Randall Álvarez que el Instituto Nacional de Seguros (INS), envió una recomendación al Área de Salud Ocupacional de la Caja, en el cual se indicaba que el neurocirujano no debería hacer movimientos repetitivos, lo que sucede es que fue un dictamen muy amplio, entonces, se le solicitó el criterio al Área de Salud Ocupacional de la Institución, que hizo una valoración preliminar del caso y por lo menos, en la jornada ordinaria no había ningún impedimento para lo que era parte de lo quirúrgico. Sin embargo, si sugirió una segunda valoración, la cual se está analizando en este momento por parte del CENARE, para definir si en definitiva el Neurocirujano, puede o no continuar con su proceso quirúrgico. Entonces, de momento alguna situación particular fuera de la jornada extraordinaria, por la recomendación del Área de Salud Ocupacional no era lo pertinente. Por lo tanto, dejaron en espera este dictamen aparte de lo que es la incorporación del nuevo Especialista de Neurocirugía que ya está prácticamente listo para iniciar. En ese sentido, se le entregó del IMEX por parte de la Dirección de Migración y a partir del lunes se incorpora a trabajar, lo cual va a producir impacto de una forma más significativa, lo que es la lista de espera.

Pregunta el Director Fallas Camacho qué es lo que no puede hacer el Neurocirujano, repetitivamente.

Responde el doctor Randall Álvarez que los movimientos repetitivos de manos, entonces, cualquier persona puede indicar que no puede hacer cualquier tipo de cirugía.

Pregunta el doctor Fallas Camacho cómo se denomina ese Síndrome.

El doctor Álvarez Juárez indica que se ha manejado como el Síndrome del Tunel Carpal.

Señala don Randall que fue la recomendación que envió el INS, al Área de Salud Ocupacional y, casualmente, fue lo que generó la incertidumbre, porque si un Cirujano no puede operar; entonces, cuál es la decisión que van a tomar más adelante y, precisamente, ese es el análisis que se está realizando a través del Área de Salud Ocupacional.

La Directora Soto Hernández indica que puede ser una pensión por invalidez, porque ese es su oficio.

El doctor Álvarez Juárez indica que el asunto ha sido un poco contradictorio, porque el tema ha sido abordado directamente con el Especialista y lo que indica es que su limitante, es para realizar procedimientos quirúrgicos. En ese sentido, se está tratando de utilizar ese criterio para tomar la mejor decisión.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez si a ese Especialistas se le está pagando como Neurocirujano.

El Dr. Randall Álvarez responde que sí. El Neurocirujano ha logrado realizar algunas cirugía en las labores ordinarias, entonces, se apoyó para disminuir los tiempos de espera de los pacientes.

Pregunta el Director Barrantes Muñoz si, eventualmente, implica un riesgo que opere ese Neurocirujano.

El doctor Álvarez Juárez indica que es parte de la preocupación que se ha tenido, precisamente, por ese aspecto se han estado asesorando, precisamente, para no exponer a los pacientes, ni a la Institución para un riesgo mayor. Entonces, cualquiera de las dos decisiones que se tomen, conllevan a un riesgo y así lo indicó también el Área de Salud Ocupacional; por ejemplo, si al Especialista se le indica que lo reubiquen en algún lugar donde no pueda realizar esas funciones, eventualmente, se podría recibir algún tipo de reclamo por discriminación.

El Lic. Gutiérrez Jiménez indica que no es el abogado de la Caja, pero le parece que la decisión se tiene que tomar con criterios técnicos, porque no es lo que se piensa que puede suceder. El Especialistas tiene que tener una valoración, en la que se indique que tiene su capacidad disminuida, entonces, tener un criterio y determinar, entonces, cuál es el proceso dentro del sistema y aplicarlo, porque de lo contrario si empieza a asumir que no lo hace, porque puede haber una discriminación.

El Subgerente Jurídico indica que así es.

Señala don Adolfo que prefiere una discriminación y no un riesgo para un paciente.

El Lic. Alfaro Morales anota que si se tiene una duda de si se puede trasladar el Neurocirujano o no porque, eventualmente, puede demandar. Le parece que lo conveniente es el traslado y si demanda, entonces, se resolverá según corresponde, pero no asumir el riesgo de que a un paciente le suceda una situación particular y le genere una suceda en su estado de salud. Repite, la situación se tiene que definir, técnicamente, por un lado el trabajo y por otro la protección a la vida y a la salud de los pacientes.

Al respecto, indica la Directora Alfaro Murillo que en el tema de Medicina del Trabajo, por ejemplo, si don Gilberth firma el documento para que el Especialista continúe en su puesto y llegado el momento, sucede una situación particular y ojalá no, el responsable es el que firmó e indicó que sí. Entonces, mientras la cadena de responsabilidades esté clara que el Neurocirujano realice cirugías.

El Director Devandas Brenes indica que Salud Ocupacional puede dar un dictamen, pero el que tiene que tomar la decisión final es el doctor Álvarez en cuanto a qué tareas le asigna al Especialista. Pero otro médico indicó que no había problema, entonces, son criterios entre médicos. El detalle fue que se indicó que para resolver las listas de espera, se contratara médicos pensionados y aclara que no para cirugías, sino para Consulta Externa.

Señala la Ing. Alfaro Murillo que el informe indica que algunos podían hacer cirugía y le preocupa porque, eventualmente, podría ser un tema de riesgo. No obstante, el Colegio de Médicos indicó que se podía contratar todos los pensionados que quisieran, con lo que sacaban la tarea. Le parece que se tiene que ubicar, aunque entienden que tienen que defender una profesión, pero le parece que es muy complicado.

El Dr. Álvarez Juárez refiere que en este caso puntual, en una conversación del Especialista en Medicina del Trabajo, hay un equipo interdisciplinario del CENARE que está abordando el asunto y están en espera que remitan el criterio final. Hace énfasis en que las contrataciones no se han dejado a la libre, pues se han querido respaldar técnicamente para la toma de decisión, ese aspecto en cuanto a Neurocirugía. En relación con Cirugía General de acuerdo con el comportamiento que se tuvo, recuerda que en el mes de noviembre del año pasado, se iniciaron las jornadas de producción, entonces, en cuanto al plazo de las cirugías, se pasaron de 286 días que se tenían a 256. En ese momento, se detuvieron las jornadas de producción, porque fue el compromiso que se había asumido al momento de presentar el proyecto, pues era operar todos los pacientes que tuvieran linfoma, poli litiasis, hernias y nódulos mamarios, los cuales habían ingresado a la lista de espera en el año 2015 o antes. Entonces, con las jornadas de producción del mes marzo, se logró complementar ese objetivo en cuanto a pacientes. Por ejemplo, la lista de espera del Hospital de Puntarenas, tal vez para efecto de una comparación que se hizo, como simulación entre qué hubiera sucedido con las jornadas en la lista de espera de Cirugía General y qué si no se hubieran realizado. Entonces, la simulación se hizo tomando en cuenta la tasa de ingreso y devolviendo a los pacientes que se operaron durante las jornadas de producción quirúrgica. Muestra cuál hubiera sido el comportamiento hasta el mes de agosto de la lista de espera de Cirugía General, sin las jornadas de producción. Entonces, por el efecto de las jornadas de producción, si se generó una brecha de 74 días que se ganaron en la Cirugía General, pues el hecho de tener la oportunidad de operar hernias, vesículas y linfomas en jornadas fuera de la ordinaria, les permitió a otras especialidades quirúrgicas de las 17 salas de operaciones, dado que el Hospital ha estado en una situación inestable, producto del número de Anestesiólogos, por ejemplo, en algunas ocasiones han tenido tres, cinco y en un momento de éxito, tuvieron siete Anestesiólogos, pero fue sólo por 15 días. Entonces, al tener una gran cantidad de subespecialidades quirúrgicas, se genera mucha necesidad insatisfecha, para con los cirujanos en cuanto a lo que es la asignación de horas anestesia. En ese sentido, las jornadas de producción como tal, les permitió derivar algunos pacientes de Cirugía General que son de las especialidades que tienen, normalmente, sala fija por el volumen de pacientes que se maneja en la tarde y poder asignarle a otras especialidades como Otorrinolaringología, Vascular Periférico, Urología, entre otras, salas de operaciones para que administraran su lista de espera. Ese aspecto ha coadyuvado para que la lista de espera, aunque no disminuye de forma global, no se eleva ni en cantidad, ni en el plazo.

Pregunta el Director Fallas Camacho cuál hospital de referencia ofrece resolver casos de Neurocirugía.

El doctor Álvarez responde que si resuelve pero han estado con toda esta crisis. La doctora Villalta, ha estado colaborando, precisamente, para determinar de qué forma se podría resolver la lista de espera, porque hay listas de espera que son críticas para ellos, como son

Ortopedia y Neurocirugía en cuanto a plazos y en los dos casos, se ha venido trabajando junto con la Gerencia Médica, pues les ha ayudado de una forma importante, para tratar de definir, repite, como se resuelve la problemática de la lista de espera. Entonces, se trata de que esas nueve jornadas de producción fuera abordada por lo Neurocirujanos del Hospital de referencia, pero a la fecha no se logró de tal forma que, inclusive, tuvieron que buscar mecanismos alternos, como fue la contratación de especialistas extranjeros, para fortalecer la capacidad de respuesta del Hospital porque, prácticamente, con el hospital de referencia hubo mucha limitación en especial, porque han tenido problemas con las Salas de Operaciones.

La doctora Villalta agrega que como hay una contratación de un nuevo Neurocirujano, con ese recurso se lograrán hacer las cirugías de este tipo de pacientes, porque entre los pacientes que más plazos tienen para las cirugías, es el hospital regional de Puntarenas en Neurocirugía. Entonces, sino se resuelven esos pacientes, el plazo nunca se disminuye porque permanecen pacientes muy antiguos y son difíciles de resolver, porque ocupan mucho tiempo de la sala de operaciones.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, porque de acuerdo con la información que está observando, la situación no se modificará, porque se trata de un tema de gestión entre un 20% y 70% y el promedio es alrededor de un 40% y 50% en depuración. Entonces, con este proyecto lo que se está indicando, es que en efecto cuando se implementan proyectos de jornadas vespertinas, el trabajo ha mejorado sustancialmente, dada la depuración de las listas de espera y ese aspecto, le parece muy bien. No obstante, con lo que no está de acuerdo, es que esa mejora en la producción, sea a través de un proyecto, porque es una obligación de todo centro hacerlo. En ese sentido, cree que uno de los Centros debe ser responsable de sus depuraciones y como una actividad diaria y, aclara, tiene que ser de todos los días y todos los meses y no por proyectos de jornadas de producción. Reitera, le parece que es una obligación y no una excepción. Como segundo punto, han podido detectar también y lo quería compartir, estima que aparte de que existe un acuerdo del año 2016, en el que se acordó que se revisara el tema, para darle una connotación diferente para que se resuelva el fondo del problema. Conoce que hay personas que están muy reacias a continuar con prácticas de esta naturaleza, pues es un paliativo y, repite, no se está abordando la problemática de fondo. No obstante, le preocupa, por ejemplo, cuando el Dr. Fallas indica que los pacientes no son los responsables, entonces, se sienten obligados a tratar de buscar una solución a la situación, pero cuando se observa el impacto que se produce, se determina, por ejemplo, como se indica en San Carlos se va lo comido por lo servido; es decir, se produce impacto pero al final se ha invertido mucho presupuesto y no se está solucionando el tema de fondo, sino que lo que se hace es producir impacto parcialmente en las necesidades de los Centros. Comenta que conversó con el Dr. Llorca y seguía insistiendo en los equipos “SWAT” que se han venido promoviendo en la Institución, es decir, se debería tener grupos, como ejemplo, cuando los Especialistas de Gastroenterología se trasladaron a Sabalito y eliminaron las listas en esa Especialidad. Son situaciones que le permiten a los Centros, una vez que se le elimine la lista de espera, continuar con una oxigenación razonable pero, también, se ha determinado que no, necesariamente, las jornadas de producción son la única solución. Recuerda que la Dra. Balmaceda Arias, presentó algunas opciones muy interesantes, para resolver las listas de espera y se logró potencializar la gestión de los recursos de la Caja, invirtiendo en

Anestesiólogos y Salas de Cirugía. Esas opciones para resolver las listas de espera, desea que sean concretadas, además, de otras opciones de solución. Por otra parte, hace varios meses se reunió con el Auditor y discutieron acerca de algún mecanismo, para mejorar el Sistema de Salud y tener oportunidades de mejora. Entonces, se logró que la Auditoría, estableciera una metodología y un análisis para determinar en buena lid, cuáles eran las subejecuciones de los recursos que se tenían en el Sistema. Comenta que hoy se les dio un dato, en el sentido de que los cirujanos están produciendo impacto en un 13%, entonces, desea insistirle a don Jorge A. Hernández que aunque conoce que la metodología está en borrador, los datos que se están teniendo como resultado de ese estudio, el mérito es del Auditor, aun cuando se planteó como una necesidad conjunta de don Jorge A. Hernández y de su equipo, pues se realizó un análisis de todos los centros, en los que han podido ir detectando cuáles son las subejecuciones. Ese aspecto, se relaciona con el tema, por ejemplo, cuando se tiene un Anestesiólogo que produce impacto en un 20% en las listas de espera y un cirujano en un 13% y son recursos, como ilustración, con los que no se puede ir a comprar mañana, porque como lo indicó hace un momento, en un Pediatra o un Ortopedista Pediátrico, se invierte de seis a siete años para tenerlo. Entonces, las subejecuciones presupuestarias le parece que son, realmente, desafortunadas. En ese sentido, quería insistirle a don Jorge A. Hernández y trasladarle el asunto a la administración, para que determine si en los próximos uno o dos meses, se logre hacer una presentación del tema. De manera que se pueda utilizar esa metodología para abordar y resolver el fondo del problema de las listas de espera. Manifiesta su preocupación y hace hincapié, en que no es la primera vez que lo ha indicado, porque en algunas ocasiones ha votado en contra de las jornadas de producción, pero don Oscar Fallas siempre lo convence de que el paciente no debe sufrir estas circunstancias y, sin embargo, no lo ha acompañado con el voto. Reitera su preocupación, porque se tienen varios acuerdos para abordar el asunto de las listas de espera y en especial, el del año 2016 y no se esté resolviendo el fondo de la problemática, entonces, se esté con elementos paliativos o con mecanismos paliativos que son de un elevado costo, aunque desde el punto de vista humano es muy válido y se siente obligado a votar el asunto de esa manera, pero en última instancia atenta contra la sostenibilidad del Sistema de Salud y con la buena administración y forma de administrar, por medición y resultados. Hoy está conociendo cómo muchos de los gestores han hecho una tarea fantástica, pero otros no. Entiende que algunos no iban a indicar su ejecución, pero cuando se tiene una ejecución de un 34% del 100% de su porque no tiene a un profesional, alguna decisión se tiene que tomar, no puede ser posible que después de un lapso de tiempo, teniendo la asignación presupuestaria no haya producido impacto en las listas de espera y le parece que en ese sentido se tiene oportunidades de mejora. Repite, estos mecanismos deben ser erradicados y abordar el fondo del tema para resolver la problemática de las listas de espera.

El doctor Álvarez Juárez se retira del salón de sesiones.

Ingresa el doctor Pedro González M., Director, y la doctora Maricela Salas E., del Área de Salud Goicoechea 2.

La presentación a cargo del doctor Pedro González Morera, con base en las siguientes láminas:

1)



Reducción de la Lista de Espera de ultrasonido del Área de Salud de Goicoechea 2, mediante la modalidad de jornadas de Producción

**Área de Salud de Goicoechea 2
Red de Servicios de Salud Central Sur**

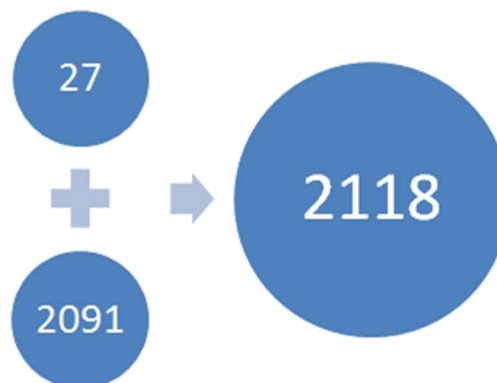
2)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
Ultrasonidos	12 meses	Plazo de espera inferior a 30 días	Abril 2017	52,400 millones

3)

PRODUCCION EJECUTADA



MONTO EJECUTADO c\$26.761.551

4)

Resultados

- **Aprobado:**
 - 12 meses de plazo del proyecto
 - 3612 ultrasonidos
 - 52.400 mill
 - Reducción del plazo a 30 días
- **Ejecutado:**
 - Meses de proyecto: 7
 - Número de jornadas: **65**
 - Ultrasonidos realizados: **2091**
 - Ejecutado: **€26 761 551**

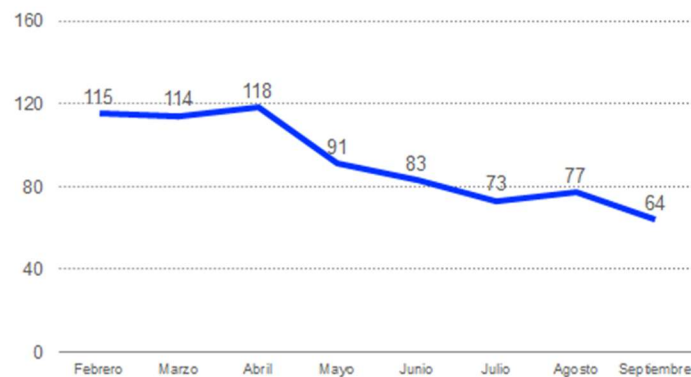
5)

Área de Salud de Goicoechea 2: Total de pacientes en espera para ultrasonido durante la ejecución del proyecto.



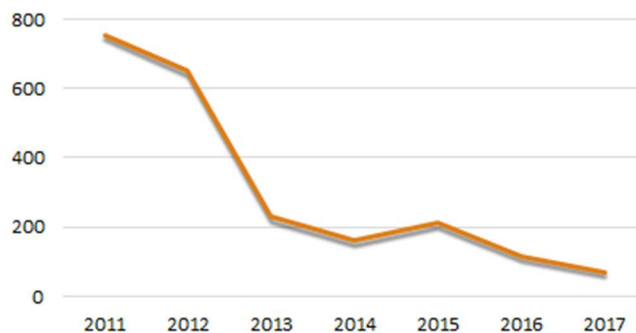
6)

Área de Salud de Goicoechea 2: Plazo de espera en días para cita de ultrasonido durante la ejecución del proyecto.



7)

Área de Salud de Goicoechea 2: Plazo de espera en días para realización de ultrasonido 2011-2017



El doctor Pedro González M. señala que es el Director del Área de Salud de Goicoechea 2 y comenta que el Proyecto que se presentó, fue para resolver la problemática que se tenía en ultrasonidos. Hace hincapié en que se ha venido haciendo un esfuerzo, por disminuir las listas de espera desde hace algunos años y todavía quedaban algunos plazos que se pretendían disminuir. El proyecto estaba estimado para desarrollarse en doce meses, período en el que se estimó que se realizarían 3.600 ultrasonidos, con un costo de cincuenta y dos millones cuatrocientos mil colones, la idea es reducir el plazo de espera de los procedimientos a menos de 30 días. El proyecto tiene una ejecución de siete meses y se han realizado 55 jornadas de producción, con un costo de cada ultrasonido de dos mil noventa y un colones, para un costo total de alrededor de veintiséis millones de colones. Entonces, a los siete meses se ha avanzado en el Proyecto un 60% y un 60% de ultrasonidos realizados. Para la atención de los pacientes en espera se tuvieron dos Radiólogos, uno tuvo un problema de salud significativo en el mes de junio de este año, todavía está incapacitado y, posiblemente, es muy desgastante la incapacidad, repite, fue un problema serio de salud, por lo que la cantidad de pacientes se elevó, pero se ha logrado mantener la producción, gracias a las jornadas de producción. Los tiempos de espera han disminuido, a pesar de la situación con el Radiólogo se logró mantener, entonces, el Proyecto se está desarrollando bien, por lo que se espera que finalice y se establezca los 30 días de espera para asignar la fecha de los ultrasonidos. En cuanto a las listas de espera para los años del 2011 al 2017, se empezó en alrededor de 800 días de espera para un ultrasonido y para el año 2017, producto de un esfuerzo significativo que hizo la UTLE, se está a 60 días, entonces se considera que el impacto fue importante y se ha mantenido la lista de espera.

Pregunta el Director Devandas Brenes de quién fue el esfuerzo.

Responde el Dr. González Morera que producto del esfuerzo y las estrategias que se han venido implementando en la UTLE y, en este momento, por el financiamiento de las jornadas de producción, se ha logrado disminuir las listas de espera.

Respecto de una pregunta de la Directora Soto Hernández, en términos de conocer si no se logró contratar otro Radiólogo para sustituir el que está incapacitado, responde el Dr. González que no, pero con las jornadas de producción, aunque no se logró disminuir significativamente la lista de espera, se estabilizó y no se incrementó.

El doctor González M. y la doctora Salas E. se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Oscar Méndez Campos, del Hospital de La Anexión.

Continúa el doctor Méndez Campos con la presentación y se refiere a las listas de espera del Hospital La Anexión. Señala que el Proyecto que se le aprobó al Hospital de la Anexión, con el propósito de disminuir las listas de espera, en los procedimientos de ultrasonidos. El plan se diseñó para que el proyecto se desarrollara en seis meses, los cuales se empezaron a cumplir en el mes de mayo de este año y aún no se ha terminado. Hace énfasis en que es un avance de lo que se ha realizado en este momento. La meta del proyecto era lograr resolver la cantidad de 5.682 ultrasonidos, con un monto aprobado de veintiún millones seiscientos noventa mil cincuenta y tres colones. Los pacientes depurados que se tienen en este momento, son 1.686 pacientes de los cuales se logró resolver en 35 jornadas de producción, la cantidad de 1.053 ultrasonidos. Al mes de setiembre de este año, se lograron realizar 4.405 pacientes de la lista de espera, es decir, se lograron resolver en los últimos cinco meses.

El Director Fallas Camacho pregunta que si se logró depurar más pacientes que procedimientos realizados.

Le aclara el Dr. Méndez Campos al doctor Fallas que lo anterior significa que se ha tomado la decisión de ir adelantando pacientes del año 2016. No obstante, el proyecto se diseñó con el propósito de resolver toda la lista de espera que se tenía de los pacientes del año 2015. Entonces, al ir resolviendo los pacientes en las jornadas de producción, se han ido quedando los espacios; por lo que se dedicaron a la tarea de resolver los casos del año 2016, lo que permitió depurar más pacientes de la lista de espera en este momento.

Pregunta el doctor Fallas Camacho si no se hubiera puesto en práctica el proyecto, entonces, no se hubiera logrado depurar la lista de espera.

Responde el doctor Méndez que no porque no se tenía espacio, para colocar las fechas pues se excluyeron los resueltos, entonces, esos espacios en Consulta Externa quedaron libres y los pacientes de la lista de espera del año 2016, se trasladaron más atrás en este caso. En este momento, está depurada la lista de espera de los pacientes del año 2015, hasta el mes de setiembre del año 2018. En ese tiempo se han ido trasladando los pacientes que han recibido citas en el año 2016 para el año 2017, entonces, se han ido depurando también y se ha ido haciendo los ultrasonidos más rápido.

Entiende a don Oscar que en la depuración de las listas de espera, no se requiere hacer ninguna intervención, simplemente, revisar el documento y hacer las preguntas que

corresponden, no se tiene necesidad de requerir recursos adicionales, ni económicos para realizar ese proceso.

El doctor Méndez Campos indica que con la experiencia que han tenido, se tiene una persona para hacer la llamada telefónica de esos pacientes, para las jornadas y de paso han trabajado con las áreas de salud, para que colaboren con las personas que tienen citas a 600 días. Entonces, se tiene que trasladar hacia atrás, para lograr disminuir la espera de esos pacientes, lo cual hace que se tenga que tener un recurso adicional, para lograr realizar el proceso de llamado y depuración de la lista de espera de los casos.

Al Director Fallas Camacho le parece que, entonces, se podría pensar en que se invirtió recursos económicos, en una labor administrativa y otro presupuesto, en el ejercicio de la práctica de ultrasonido y ese aspecto no se estimó. Pregunta si se determinó cuánto fue el presupuesto que se invirtió en la parte de depuración de la lista de espera, porque se trata de 2.053 casos, con un costo de once millones de colones, entonces, cual es el costo de depurar cada caso.

El Director Barrantes Muñoz pregunta sobre la línea del doctor Fallas Camacho y es un elemento que no se presentó en los casos anteriores. Pregunta cuál es el costo de esa depuración, supone que se hace con cargo a lo asignado por el proyecto.

El doctor Méndez responde que ese cargo no se hizo al presupuesto asignado, sino con recursos del presupuesto de la Unidad Ejecutora.

Señala el Lic. Barrantes Muñoz que, entonces, significa que fue con el presupuesto propio.

Interviene el doctor Méndez Campos y apunta que el presupuesto que se invirtió es, exclusivamente, para los radiólogos pagados, el resto lo asumió el hospital, por ejemplo, el secretario, el asistente de pacientes y la persona que está llamando a los usuarios.

El señor Presidente Ejecutivo indica que para que esta Junta Directiva tenga claro, el monto ejecutado fue invertido en los pacientes atendidos.

Al respecto, indica el doctor Méndez que es correcto, el pago fue exclusivamente para el Radiólogo.

El doctor Méndez Campos se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Joicy Solís Castro, Directora del Hospital Escalante Pradilla de Pérez Zeledón.

La doctora Solís Castro se refiere a los resultados del Proyecto de reducción de gastroscopias y colonoscopías del Hospital Escalante Pradilla, de Pérez Zeledón, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

i)

PROYECTO REDUCCION DE GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS

Hospital Dr. Fernando Escalante
Pradilla
2701

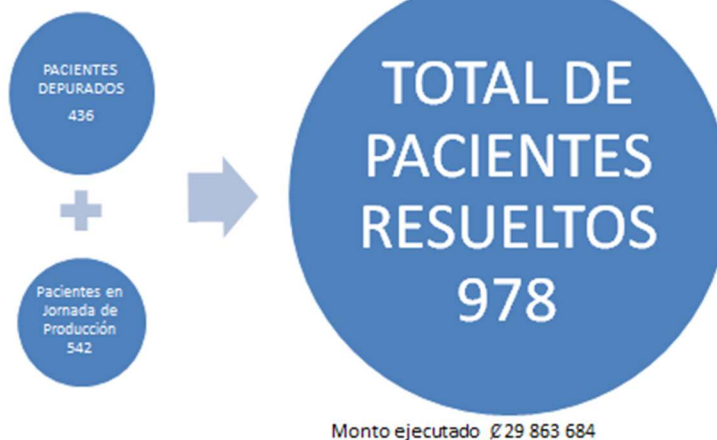
ii)

ANTECEDENTES PROYECTO APROBADO

ESPECIALIDAD O PROCEDIMIENTO	DURACION DE PROYECTO	META DEL PROYECTO	FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	MONTO APROBADO
Gastroscofia	Hasta cumplir la meta	1000	5 de mayo 2017	Ø 195 414 411.77
Colonoscopia		462	5 de mayo 2017	
<ul style="list-style-type: none"> Oficio 1502-07-16, de fecha 22 de julio 2016, el Dr. Oscar Castro Santana, Asistente Dirección Regional de Servicios de Salud Brunca y dirigido a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla y al Dr. Jorge Arturo Fonseca Renaud, envía el "Proyecto Procedimientos Endoscópicos Gastroenterología, HEP. Oficio GM-SID-21388-2017, de fecha 17 de abril 2017, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, referente a "Cumplimiento Acuerdo Junta Directiva Artículo 30, Sesión N°8899"; se aprueban las Jornadas de Producción de Gastroenterología Hospital Escalante Pradilla. Oficio 0711-04-17, de la Dirección Regional de Servicios de Salud Brunca, suscrito por el Dr. Luis Carlos Vega Martínez, Director Regional Brunca, referente a "Aval de Gerencia Médica GM-SID-21388-2017 Proyecto Jornadas de Producción de Gastroenterología" Posterior a la recepción de los oficios mencionados, se realiza reunión conjunta entre Dirección Regional de Servicios de Salud Brunca, Dirección Médica y Jefatura de Medicina, donde se plantea la meta de realizar 1000 gastroscopias (10 pacientes por jornada) y 462 colonoscopias (6 pacientes por jornada), esto a sabiendas de que se cuenta con un monto aprobado de Ø 195 414 411,77. 				

iii)

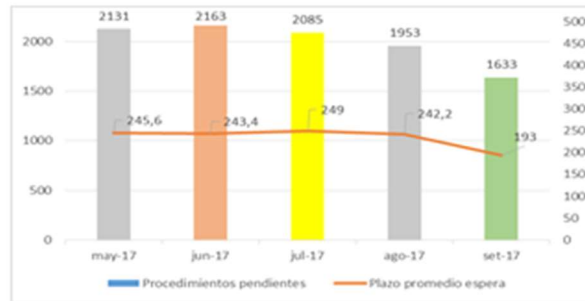
PRODUCCION EJECUTADA GASTROSCOPIAS, HOSPITAL ESCALANTE PRADILLA. MAYO A SETIEMBRE 2017.



iv)

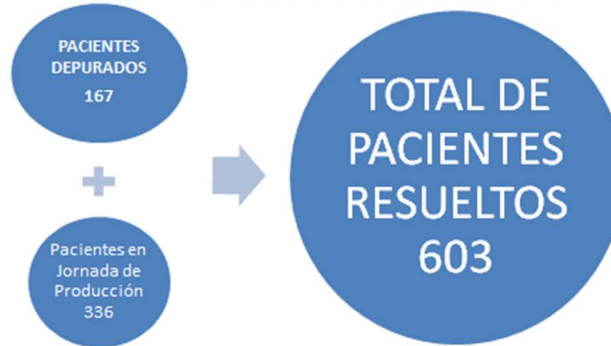
IMPACTO DE LA LISTA

- **EVOLUCION DE LA LISTA DE ESPERA GENERAL Y PLAZOS DE ESPERA DE GASTROSCOPIAS CON CORTE SETIEMBRE DEL 2017. HOSPITAL ESCALANTE PRADILLA**



v)

PRODUCCION EJECUTADA COLONOSCOPIAS, HOSPITAL ESCALANTE PRADILLA. MAYO A SETIEMBRE 2017

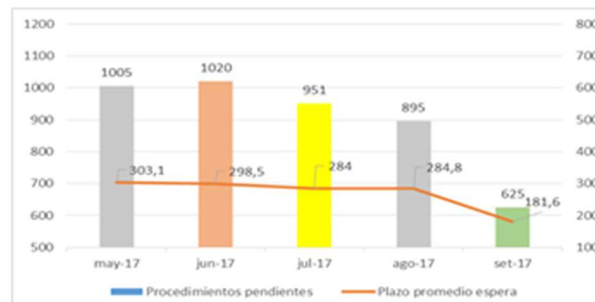


€ 35 702 254 monto ejecutado

vi)

IMPACTO DE LA LISTA

- **EVOLUCION DE LA LISTA DE ESPERA GENERAL Y PLAZOS DE ESPERA DE COLONOSCOPIAS CON CORTE SETIEMBRE DEL 2017. HOSPITAL ESCALANTE PRADILLA**



vii)

Jornada de Producción HEP



La doctora Joicy Solís Castro señala que el proyecto aprobado por la Junta Directiva para el Hospital Escalante Pradilla, fue con el fin de reducir la lista de los procedimientos de gastroscopia y colonoscopia. El término del proyecto se definió hasta cumplir con la meta, la cual consiste en realizar 1.000 gastroscopías y 462 colonoscopías. Por jornada se realizan diez procedimientos de gastroscopias y seis colonoscopías. El proyecto inició el 05 de mayo de este año, con un monto aprobado de ciento noventa y cinco millones de colones. En cuanto a las gastroscopias, se tiene que fueron depurados 436 pacientes y se realizaron 542 procedimientos. La mayoría de los pacientes depurados fue con motivo de que ya se habían realizado el examen, o no contestaron la llamada o ya no estaban interesados en que se les practicara el procedimiento.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez cuál es el universo de las listas de espera de ese Hospital, el cual permitió determinar cuál fue el impacto que se produjo.

La doctora Solís Castro indica que esa información está contenida en un gráfico. Continúa con la presentación y señala que en total los pacientes depurados y los que se resolvieron fueron 978. El monto ejecutado para gastroscopías fue de veintinueve millones ochocientos sesenta y tres mil seiscientos ochenta y cuatro millones de colones. Comenta que cuando empezaron en el mes de mayo se tenían 2.131 pacientes, a un plazo de 200 días, es decir, un plazo promedio de 245 días y fue disminuyendo hasta que, actualmente, se tienen 1.633 pacientes a un plazo promedio de 193 días. Hace énfasis en que la lista de espera es dinámica, porque van ingresando 100 pacientes por mes, para que se les realice gastroscopías.

Pregunta el Lic. Gutiérrez Jiménez sí, entonces, esa cantidad de pacientes se depuró de los 131.436, lo cual corresponde a una quinta parte.

La doctora Joicy Solís responde que sí y en la información está contemplada, la producción que se generó en jornada ordinaria. En cuanto a las colonoscopías se depuraron 167 y se realizaron 336 para un total de pacientes resueltos de 603 pacientes y un monto ejecutado de treinta y cinco millones trescientos dos mil doscientos cincuenta y cuatro colones. Señala que en el gráfico se

logra observar que en el mes de mayo de este año, se tenían 1.005 pacientes en espera para un procedimiento de colonoscopia y a la fecha se tienen 625 pacientes. Por otra parte, el plazo disminuyó de 303 a 181 días promedio. Hace hincapié en que ya se tiene programados los pacientes para el mes de octubre, noviembre y diciembre próximo, para resolver los pacientes del año 2016 de gastroscopías y colonoscopías. En cuanto a la asignación presupuestaria fue de ciento noventa y cinco millones de colones, entonces, se determina que la jornada está avanzada y no se ha ejecutado el presupuesto como correspondía, pero sucede que cuando se presentó el proyecto, se contaba con la participación del doctor Leiva, el cual es uno de los Gastroenterólogos que estaba para pensionarse de la técnica y su salario era muy elevado; luego, decidieron no participar en las jornadas de producción, por lo que hubo que pedirle colaboración a un Gastroenterólogo de San José y al de Golfito que son recién graduados, lo cual hizo que los montos invertidos fueran mucho menores.

Consulta el Director Barrantes Muñoz si la forma de cómo se paga es en horas extraordinarias.

Al respecto, indica doctora Solís que la modalidad es distinta, porque los pacientes cuando se presentan para el procedimiento los duermen, pero si está mal preparado al médico no se le paga, ni al equipo que está participando, por ejemplo, en ocasiones el paciente tiene un tránsito lento y no se logró preparar, y esa situación sucede con alrededor de cinco pacientes al mes, por lo que ese aspecto disminuyó los costos en las jornadas de producción.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que, entonces, el pago es por procedimiento efectivo.

Pregunta el Director Fallas Camacho si es pagado en tiempo.

Responde la doctora Solís Castro que las jornadas son diez gastroscopias o seis colonoscopías para pagar el 14.21% del salario de un médico G-2. Como ilustración, si se presentan los seis pacientes y solo se logran realizar cinco procedimientos, pues un paciente no se preparó bien; entonces, el médico y su personal: dos auxiliares, un asistente y un técnico de gastroenterología, pierden el incentivo económico. Igual sucede si el paciente no llega, porque siempre se da cierto grado de ausentismo, inclusive, las colonoscopías solo las pueden realizar en el Hospital, por lo que se enviaba al paciente con el Gastroenterólogo de Golfito, pero es muy incómodo programarle a una persona un procedimiento de esa naturaleza, por la preparación y es imposible. Entonces, un Gastroenterólogo del Hospital San Juan de Dios o uno de los de Pérez Zeledón se trasladaba al Hospital para realizar los procedimientos, entonces, se tiene ejecutado un presupuesto de sesenta y cinco millones de colones, con un presupuesto aprobado de ciento noventa y cinco millones de colones. La idea es continuar hasta lograr disminuir la espera, al menor tiempo posible, sin embargo, es una lista muy dinámica. Repite, son 100 pacientes por mes los que ingresan a esa lista y solo se cuenta con Gastroenterólogos del Hospital Escalante Pradilla, el del Hospital de Golfito y el de Ciudad Neily.

Comenta el Director Gutiérrez Jiménez que tiene entendido de que se ha estado haciendo una recalificación para el Hospital de Ciudad Neily, con el fin de que puedan buscar recursos adicionales. Pregunta si se produciría algún impacto en ese sentido.

Responde la doctora Solís que lo que sucede es que no es muy regular y ese aspecto genera un impacto.

Anota el Director Gutiérrez Jiménez que si estuviera el recurso, necesariamente, produce impacto.

Señala la doctora Solís Castro que, inclusive, el Hospital Escalante Pradilla no absorbe otros hospitales de la zona sur.

Respecto de una inquietud de la Directora Soto Hernández, la Gerente Médico explica que el presupuesto está asignado, pero no se ha modificado el de la Unidad Programática.

Indica la Dra. Joicy Solís que la idea es que se le permita ejecutar todo el presupuesto al Hospital, aunque se sobrepase la meta.

En relación con una pregunta de la licenciada Soto Hernández, aclara la doctora Solís Castro que en el procedimiento de colonoscopías, se espera que el plazo de espera disminuya a 81 días y en el de gastroscopías a 193 días.

La doctora Solís Castro se retira del salón de sesiones.

Se toma nota, finalmente, de la presentación de los citados informes relativos a la evaluación de los resultados de los proyectos aprobados por la Junta Directiva.

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

ARTICULO 11°

La Directora Alfaro Murillo se refiere al tema de los clavos, en términos de que en esta Junta Directiva se conoció una denuncia pública, pues fue publicada en la Prensa y se presentó ante los Tribunales de Justicia. Plantea que tiene una duda para los Directores que tienen más experiencia, porque necesita ser diligente con el asunto, porque se avisó que hay un cuestionamiento sobre el caso. Recuerda que el día que se presentaron los funcionarios de la Gerencia de Logística, para dar la explicación, le preocupa porque, eventualmente, hicieron referencia de aspectos inapropiados. En ese sentido, si se necesitaban unos más, entonces, se decide a quién y se modifican las condiciones del cartel. El cartel tiene unas condiciones, es lo que se explicó ese día, porque se tenían unos tornillos pero, luego, otra empresa ofreció unos tornillos mejores y más caros. Reitera, pero si el cartel tenía definidos unos tornillos, no eran esos los tornillos que, técnicamente, se indica que se tienen que comprar. No obstante, la empresa les ofreció unos tornillos mejores, a igual precio porque así no habría problema, repite, si es a igual precio; entonces, se podría indicar que es mejor producto a igual precio, pero no a un precio más elevado. Luego, se asigna la contratación y se genera un desabastecimiento de los tornillos y se aprueba una compra extraordinaria y esa compra extraordinaria, es con los mismos tornillos de la licitación original y una de las empresas, la que impone la denuncia que fue descalificada para participar en la anterior licitación, califica para la compra extraordinaria con los tornillos de la licitación original.

Al Director Devandas Brenes le parece que lo que se necesita es un informe urgente.

Continúa la Ing. Alfaro Murillo y anota que es lo que quiere que se solicite y se tiene que pedir, porque la denuncia está planteada en los Tribunales de Justicia y, además, el tema se publicó en los medios de comunicación, hoy hace quince días y el titular fue en términos de que la Caja, había autorizado una compra irregular. En ese sentido, la Junta Directiva tiene que velar por que se aclare si dio o no.

El doctor Llorca Castro pregunta en qué medio de comunicación, porque estuvo revisando todas las noticias de la Caja y no la observó.

Responde doña Marielos que en el Diario Extra, en CR Hoy y no conoce si en otro medio, pero en esta sesión se observó y se comentó ese día. Los medios de comunicación lo indicaron hace 15 días. Por lo que, inmediatamente, en esta Junta Directiva reaccionaron y solicitaron un informe de la Comisión que integró el grupo, para realizar esa compra. El punto es que se presentaron los integrantes de la Comisión de Ortopedia y cuando emitieron las explicaciones - lejos de aclarar- cree que se generaron suficientes dudas, para indicar que una persona explique cómo funciona el asunto, porque la reseña es muy simple, la licitación con un tipo de clavo y se aprueba la compra extraordinaria con otro y se le compró al proveedor que primero se le había indicado que no calificaba.

Acota el Director Gutiérrez Jiménez que doña Marielos envió un correo, don Rolando replicó, él también lo hizo y no recuerda si algún otro Director. No obstante, recuerda que en este tema, la Junta Directiva a su solicitud, el asunto y los antecedentes se los traslado a la Auditoría, por lo que está manejando el asunto en este momento. Lo indica para efectos de que quede contando en el acta. Además, hay aspectos que le llaman la atención, por ejemplo, no lo puede afirmar para la derecha, ni para la izquierda, pero como en un momento dado, el aspecto que sirvió para descalificar para una compra de urgencia sí era importante, pues se ha indicado que los clavos eran anterógrafos y no reógrafos y, supuestamente, hubo una manipulación de los brochures y no se invitó esa empresa. Además, que existe una serie de aspectos que está seguro que doña Marielos tanto como él, no lo están afirmando; pero esos aspectos llaman la atención y en un momento determinado crean duda. En ese sentido, considera que lo que hay que dejar claro en el acta, es que ante esa situación y otras, el tema se le presentó a la Auditoría y lo indica con conocimiento de causa y ha ido avanzando.

El señor Auditor le informa a doña Marielos que la Auditoría, a raíz de una solicitud de la Junta Directiva de una sesión anterior, ha venido haciendo la investigación, la cual está muy avanzada; inclusive, ayer estuvo comentando el borrador del informe con la jefatura del área. En ese sentido, el funcionario que está llevando a cabo la investigación, hizo varias peticiones y uno de los puntos que solicitó, fue que había que respaldar el criterio, pues es muy médico y muy técnico lo que se está comentando del cambio en el cartel. Entonces, se solicitó el criterio de tres Jefaturas del Servicio en Ortopedia, para que contestaran las diferentes preguntas desde el punto de vista médico y tenga mayor solidez el Informe de la Auditoría e, inclusive, hoy en la mañana uno de los funcionarios de la Auditoría, está en el Hospital de San Carlos, producto de que fue invitado por el Jefe de Servicio a una operación, para que observara como se manejaba el tema de los clavos. A él le pareció excelente, por cuanto el funcionario de la Auditoría, iba a estar presente en el acto médico y el informe se espera que se tenga en ocho días. No adelanta el criterio, porque le parece que es mejor que se esperen a que esté concluido el documento definitivo.

La Directora Alfaro Murillo indica que en vista de que don Adolfo se tiene retirar y observa que don Mario se está preparando, así como a don José Luis; comenta que se enteró de que hay una orden de compra de clavos de la licitación que ganó Shyntes de Costa Rica. Entonces, desea dejar constando en actas en nombre de don Renato, don Adolfo y de ella su preocupación, porque a pesar de las dudas que se tienen y del trabajo que está haciendo la Auditoría Interna, al haberse iniciado el procedimiento, en el que se dio la orden para la compra, le parece que mejor se hubieran esperado y no se diera la orden de la compra, hasta esperar a que la Junta Directiva tenga claro el asunto que se está analizando, pues, le parece que se están precipitando. Entiende que la fecha de esa indicación es el día 17 de este mes y fue el martes y ya se conocía en esta Junta Directiva que se está en el proceso. Entonces, para justificar todavía más la posición que tienen los tres representantes del sector empleador, en la página N° 3 del informe que le envió a esta Junta Directiva doña Dinorah Garro, mediante el oficio N° GL-45964-2007 en el párrafo cuarto se indica: “el objeto de la contratación 2016LN-0003905111 corresponde a clavos para femur”. La Casa Comercial Synthes de Costa Rica tal y como se aclaró en los párrafos anteriores, por el diseño de fábrica ofertó un clavo que se puede colocar como anterógrado o como retrógrado. A pesar de que esa característica es considerada un valor agregado, no fue ponderada porque no se le dio ventaja en las demás ofertas, pero don Jorge A. Hernández que está coordinando el trabajo en la Auditoría, en esta Junta Directiva se indicó y quedó grabado, que el costo del clavo era más elevado, pero ofrecía una mejor condición. No obstante, el párrafo de ese informe indica que a pesar de que la característica no es considerada primordial, es un valor agregado que no fue ponderado. Aclara que desea aprovechar que el Auditor está en esta sesión, entonces, le pide que se revise el tema del precio, porque los representantes y los médicos que se presentaron a la Junta Directiva en esa oportunidad, indicaron que el precio era más elevado, pero generaba una ventaja y ese aspecto se contradice con lo que se tiene y así podría ser una larga justificación con este informe, por los aspectos que indica, pero lo que le preocupa y quiere dejar constando en actas, repite, don Renato, don Adolfo y ella es por qué se da la orden de que se compre esta semana, conociendo que hay cuestionamientos y una denuncia ante el Ministerio Público y ante los Tribunales sobre este tema. Le parece que no se debió haber dado la orden de inicio de la compra, hasta no tener la certeza del informe de la Auditoría y la Gerencia de Logística, no desconoce que el estudio se está haciendo, porque hoy mismo en un correo doña Dinorah Garro, está indicando que están anuentes a recibir a la Auditoría y a darle toda la información necesaria. Ninguna persona ignora lo que la Junta Directiva está haciendo, porque existe una denuncia; entonces, le parece poco prudente haber dado la orden de que se compren los insumos en esta semana, pues se pudo haber esperar a que se tuvieran una posición más clara, así como mayor información sobre lo que está sucediendo.

El Director Loría Chaves manifiesta que cuando estuvieron los médicos de la Comisión en esta Junta Directiva, tanto el doctor Fallas como él, hicieron una constancia en actas o cuando se votó el tema de los clavos de Ortopedia, e indicaron claramente que su posición era que estaban aprobando esa compra, porque se presentaron ante este cuerpo colegiado todos los criterios, se presentaron las autoridades en la materia para aclarar el asunto y por un tema de bienestar de los pacientes y confiando que los criterios técnicos eran reales y transparentes. Una vez que hicieron esa indicación y quedó constando en actas, desea indicar que se espera que la investigación llegue a las últimas consecuencias.

Sobre el comentario realizado por la Ing. Alfaro Murillo, el doctor Llorca Castro señala que se está haciendo la investigación, pero desea conocer qué decisión se puede tomar mientras tanto,

en términos de si hay que paralizar la compra. Entiende que se dio la orden de inicio de la adquisición, porque hubo una sesión en que al final se aprobó la adjudicación. No tiene la certeza de que la Gerencia pueda detener el proceso solo por la investigación. Lo indica porque la Auditoría está investigando el tema y, por ejemplo, no se paraliza la Caja porque haya una investigación. Por otra parte, la Directora Alfaro Murillo preguntó si los tornillos eran realmente los que se habían licitado.

El Director Fallas Camacho recuerda que cuando a la Comisión se le preguntó qué sucedía con los pacientes, respondieron que el hospital estaba abarrotado de pacientes.

La Ing. Alfaro Murillo recuerda que los miembros de la Comisión que se presentaron para aclarar el asunto, indicaron que si no se aprobaba la licitación, mañana no operaban, entonces, se hizo una compra extraordinaria que indica: *“las fichas técnicas utilizadas en otro procedimiento adjudicado, no son las mismas especificaciones utilizadas para el procedimiento ordinario, las especificaciones de este concurso fueron ampliadas, dada la problemática de desabasto al que se encontró la Institución en determinado momento. Por lo que con esta acción se buscó resguardar el fin público primordial, el cual era la vida y la salud humana, en el mismo sentido hicieron esto”*. Además, ampliaron que la Empresa Synthes no podía proveer en ese momento y, entonces, se hizo la compra extraordinaria con el mismo diseño original y en ese sentido, sí tienen aprovisionamiento, por lo que la compra extraordinaria está funcionando, dado que se les autorizó, repite, porque de lo contrario se paralizaban las operaciones. En ese sentido, la compra extraordinaria está aprobada y no tiene más que indicar sobre ese tema.

El Subgerente Jurídico indica que en la línea que está planteando doña Marielos, lo que hay en el ambiente es ese aspecto. Le da la impresión de existen ciertos aspectos que parecieran coherentes de lo que expuso la administración, pero es la propia administración, realmente, la que debería indicar y acreditar si tiene abastecimiento o no, porque el riesgo es muy elevado. En ese sentido, la Junta Directiva tomó una decisión a partir de esa situación, sobre un tema tan delicado y riesgoso, eventualmente, hasta para la propia Junta Directiva. Entonces, si el Órgano Colegiado estima pertinente que la administración, representada por la señora Gerente de Logística o el encargado se presente a indicar que se tiene abastecimiento y hasta cuándo o no, a partir de ese momento puede ser un determinante para la toma de la decisión. Entonces, si se prosigue adelante con la compra, o se queda sujeta a lo que está indagando la Auditoría, para ese efecto, es una forma también de poder abordar el asunto, si existen serias dudas como se está planteando sobre los términos de la adjudicación.

Propone la Directora Soto Hernández que se convoque a doña Dinorah Garro.

El Director Fallas Camacho indica que cuando emitió su voto positivo, consideró todos los elementos que se dieron. No conoce si hoy le van a indicar que existe aprovisionamiento o si había en ese momento, pero en esta Junta Directiva fueron muy categóricos los médicos; e, inclusive, le dieron una respuesta directa a doña Marielos y le indicaron que no podían operar y las camas estaban saturadas de pacientes, esperando una cirugía porque no tenían los clavos. Entonces, en función de esa situación qué se puede hacer y la decisión se tomó, en función de esas consideraciones, pues fue ante la “amenaza” de que no se operaba el día siguiente y los pacientes ya estaban encamados. Le parece que el tema se tiene que investigar hasta donde

corresponde y si existe alguna decisión de que se pueda tomar en el ínterin, que se proceda de conformidad.

El doctor Fernando Llorca pregunta cuál es el proceder de esta Junta Directiva. Le parece que el informe todavía no está realizado.

El señor Auditor indica que el informe estará concluido la próxima semana.

El señor Presidente Ejecutivo señala que se puede agendar el asunto, para que se presente y se analice el tema de nuevo, es decir, conocer el informe en ese momento y se aclare el asunto. Entonces, el informe se agendará para el próximo jueves con el informe de la Auditoría, porque le interesa que la Institución quede clara en lo que está haciendo.

Pregunta don José Luis por qué están afuera las mismas personas que participaron en la sesión en la mañana.

El doctor Llorca Castro responde que esas personas en la mañana, hicieron la presentación de las jornadas de producción que se habían aprobado en esta Junta Directiva, entonces, se expusieron los avances, la valoración y los resultados. En este momento, se presentarán las nuevas propuestas, porque fue una condicionante que estableció este cuerpo colegiado, en términos de que no se aprobaba una nueva propuesta, hasta no conocer cuál era el resultado de las jornadas anteriores. Les indicó que tiene que ser presentaciones ejecutivas y tienen que presentar un modelo, en el que se indique cuál es la situación actual, así como cuánto se va a invertir, así como los resultados que se esperan y el impacto que se producirá.

El Director Llorca Chaves señala que aprobará las jornadas de producción, a pesar de que tiene mucha resistencia, repite, lo hará porque cree que se va a tener pronto una reunión, para discutir el tema de separar la cirugía ambulatoria de la cirugía mayor.

El doctor Fernando Llorca indica que está en la misma línea, porque las listas de espera crecen de por sí y en esta Junta Directiva se aprobó inversión de maquinaria y una serie de equipo e insumos y la misma maquinaria genera más bien listas de espera, es decir, diagnósticas. Por ejemplo, cuántos mamógrafos se han comprado en la Institución.

Al doctor Fallas Camacho le parece que es un problema de planificación.

El señor Presidente Ejecutivo señala que después en el fondo, porque ha sido un clamor clarísimo del doctor Fallas y de otros Directores, en el sentido de que no se ha resuelto el tema de las especialidades. Le parece que es un tema que existe y se tiene que resolver, además, hay un voto de la Sala Cuarta para que se resuelva la problemática y se tiene que cumplir.

Se toma nota, finalmente, de que el tema será agendado en la próxima sesión ordinaria.

Ingresa al salón de sesiones la Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; la licenciada Ana María Coto Jiménez, y los doctores Roberto Cervantes Barrantes, Director; Mario Felipe Ruiz Cubillo, Subdirector, y la doctora Priscila Balmaceda Chaves, Asistente de la Dirección del Hospital San Vicente de Paul de Heredia.

ARTICULO 12°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-29557-2017, del 28 de setiembre del presente año, firmado por la Gerente Médico, por medio del que se presenta la propuesta de abordaje de las listas de espera:

La presentación está a cargo de la doctora Balmaceda Chaves, con base en las siguientes láminas:

i)



ii)

**Proyecto para el abordaje de la Lista de Espera de consulta externa, en las especialidades de Ortopedia y Fisiatría
Hospital San Vicente de Paul, Heredia.**

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros) 17.290
Plazo de espera promedio (días): 381

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si x No

Listas de espera de la especialidad que impacta al proyecto; Ortopedia: 7972 y Fisiatría 870
Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: Ortopedia 1741 y Fisiatría 804
Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Especialidad	Cantidad de registros pendientes por año de ingreso corte 31-0-2017				
	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Ortopedia	505	2763	2606	2098	7972
Fisiatría	0	345	488	489	1322

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 35 pacientes por jornada; Número de Jornadas de trabajo: 260.
Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: 9080 registros

Presupuesto requerido (partida 2043): 162.818,808

El señor Presidente Ejecutivo le da la bienvenida a los presentes y manifiesta la necesidad de que se presenten los proyectos de forma muy ejecutiva, entonces, se focalicen en el impacto que se va a producir y cuál es el costo estimado.

El doctor Mario Ruiz señala que en la parte quirúrgica, como se indicó en la presentación anterior, para este momento se terminó el proyecto de jornadas de producción, entonces, se va a proponer todos los proyectos, para resolver la problemática de las listas de espera en Ortopedia y Fisiatría.

La doctora Balmaceda Chaves como introducción, señala que las especialidades con más lista de espera en Consulta Externa es Ortopedia. En este momento, en Ortopedia se tiene en su totalidad 17.290 pacientes en Consulta Externa, con un promedio de 381 días plazo, entonces, como es un promedio, hay especialidades que están a menos de 90 días de espera. Sin embargo, la lista de espera de Ortopedia es la cantidad que se citó y es una de las especialidades más críticas, porque Ortopedia es también Traumatología, entonces, a todos los casos que corresponden a trauma, se les tiene que dar prioridad, es decir, los pacientes se tienen que atender, en el menor tiempo posible y desplaza las citas de Ortopedia. El otro caso es fisioterapia y en este momento, se tiene 870 pacientes, entonces, se integran si se hace un proyecto para Ortopedia, por lo que se producirá impacto en Fisioterapia, entonces, lo que se quiere también es de una vez, es cubrir el Área de Fisioterapia. El plazo promedio de espera de Ortopedia es de 1.741 días y en el caso de Fisioterapia, el plazo es 804 días. Hace énfasis en que se tienen pacientes en espera desde el año 2014, en la especialidad de Ortopedia y la mayor cantidad de pacientes, son de los años 2015, 2016 y 2017. El proyecto consiste en jornadas de producción de 35 pacientes por jornadas. Hace énfasis que a los Médicos Especialistas se les estaría pagando el 14.25% del salario base de un Médico G-2 y los equipos de trabajo estarían conformados por Asistentes de Registros Médicos.

Ante un comentario del Director Fallas Camacho, anota la doctora Priscilla Balmaceda que por 35 pacientes atendidos, por ejemplo, como indicó al Especialista se le paga el 14.25% y es una jornada de 35 pacientes. Entonces, es el 14.25% del salario igual que la parte quirúrgica, se cancela exactamente igual. Los montos se estimaron con un cálculo de 15 años de antigüedad, y con 30 años de carrera profesional. En ese sentido, se hicieron los cálculos, como normalmente se realizan, es el promedio de lo que se utiliza en las jornadas quirúrgicas.

Pregunta el Director Fallas Camacho si esas listas de espera están depuradas ya, no significa que se van a depurar otra vez.

La doctora Balmaceda Chaves señala que el proceso de depuración, es un proceso constante en el momento.

El doctor Ruiz Cubillo aclara que la lista de espera, no está depurada al día de hoy, entonces, el costo real va a hacer como en la parte quirúrgica, probablemente, un 40% o un 30% va a ser depuración y el resto va a ser paciente visto.

Interviene el doctor Cervantes Barrantes y anota que si se llama a un paciente, por ejemplo, se le tiene que ofrecer un incentivo. Entonces, el proceso de depuración para hacerlo correctamente, a la persona se le tiene que adelantar la cita, por ese aspecto se está solicitando la jornada de producción para ofrecerle. Además, se hacen esfuerzos significativos para resolver la lista de espera, pero se le tiene que ofrecer al paciente un incentivo.

El doctor Fallas Camacho indica que se ha discutido mucho en la sesión, por la depuración de la lista de espera de años anteriores y le llama la atención lo que indicó el Dr. Cervantes, en el sentido de que a la personas se le tiene que hacer un ofrecimiento, cuando se va depurando la lista de espera.

Sobre el particular, el doctor Roberto Cervantes señala que la depuración se puede hacer ofreciendo un incentivo y comenta que aprendió a depurarla, cuando estuvo en el Hospital de Grecia y con las personas del Hospital de San Ramón.

Al respecto, indica el Dr. Fallas Camacho que no aceptaría que la depuración de la lista de espera, se haga se realice mientras se está aplicando la jornada de producción, porque se estaría afectando con costos administrativos adicionales y no por acto puramente quirúrgico. En esta Junta Directiva se ha pensado que se está financiando, el acto quirúrgico de 100 pacientes que están, claramente, identificados en la lista de espera y se tiene que definir una estrategia original, pues se tiene que pensar que no se recuperará toda la masa de pacientes, para determinar cómo están y quién lo va a operar y a quién no.

El señor Presidente Ejecutivo comenta que esa fue una pregunta o una línea de pregunta que surgió, cuando se presentaba el segundo bloque de la evaluación. En ese sentido, las últimas personas que presentaron contestaron que participaron que es el ejercicio de la depuración de lo lista de espera, pero la efectuaban con fondos de la Unidad Ejecutora, pues en realidad los fondos aprobados, se utilizan en la realización de los procedimientos. Entonces, lo que está preguntando el doctor Fallas es, básicamente, ese aspecto. Los fondos que se aprueban en esta Junta Directiva, van a ser utilizados para procedimientos concretos y reducir lista de espera o, también, se utilizan en el proceso administrativo de la depuración, porque en la última presentación se indicó que la depuración, repite, se hace con fondos de la Unidad.

La doctora Priscilla Balmaceda se refiere al éxito que se ha tenido, en el proceso de la depuración de la lista de espera, por ejemplo, el proyecto de jornadas quirúrgicas y la depuración, les permite llamar a los pacientes en horarios después de las cuatro de la tarde, cuando regresan a la casa después del trabajo. Entonces, esa depuración y esas llamadas, inclusive, los fines de semana, permiten garantizar la localización del paciente y ese proceso, solo se puede hacer después de la jornada ordinaria.

Al Dr. Llorca Castro le parece que es una explicación razonable.

El doctor Mario Ruiz indica que así se aprobó. Comenta que hace un año y medio, se verificó que en el día las personas no contestan, pues el 80% de las personas que no contestaron, era un porcentaje muy elevado. Entonces, se probó llamar después de las 4:00 p.m. y respondieron el 60% y 70% de las personas, entonces, no contestan porque los habitantes de la casa, están trabajando.

La doctora Balmaceda Chaves indica que hay una logística, para garantizar que las jornadas se logren concretar, por ejemplo, para garantizar que el paciente se presente con estudios completos, hacer agendas, agendar los pacientes e, indirectamente, se depuren. Entonces, se requiere un equipo de personas para que realicen ese trabajo. En la jornada ordinaria hay escases de personal de apoyo para que se logre realizar esa función.

El Director Fallas Camacho pregunta si en Ortopedia y Fisiatría están enviando los pacientes al Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).

La doctora Priscila Balmaceda responde que no.

La Directora Alfaro Murillo anota que es un tema que está relacionado con el término, porque cuando piensa en depurar, le parece que es llamar por teléfono, por ejemplo, es una llamada fría que se supone que en este momento, no está acorde con la cultura de atención al cliente que esta Institución está tratando de impulsar, dado que la política es de buena atención. Además, se podría pensar que si se llama y la persona se molesta, ya ha esperado por alrededor de tres años, entonces, cuál es el problema. El tema se trata en que es más que depurar, por lo que hace un momento indicó la doctora Priscilla Balmaceda, en término de identificar si la persona tiene, por ejemplo, un examen y darle un seguimiento. Es una gestión alrededor de las personas que se identifican si ingresan en el proceso, entonces, la palabra confunde desde el punto de vista, porque si se indica que es una depuración, piensa que es sí, no, sí, no, repite, es más que una depuración. Sugiere que se readapte el nombre.

La doctora Priscilla Balmaceda indica que el nombre es el resultado final del proceso.

Aclara el doctor Ruiz que lo que indica la Ing. Alfaro Murillo, es el proceso de programación de las listas de espera, en términos de si el paciente ocupa o no la cita.

La doctora Priscilla Balmaceda señala que tenían desglosado el plan de este proyecto, la elaboración de las agendas, lo cual implica el proceso de citación y el proceso de la gestión de las lista de espera.

El doctor Llorca Castro indica que es muy buena la observación de doña Marielos Alfaro y la del doctor Fallas. Lo que la Junta Directiva necesita es la justificación de las inversiones que se realicen. Como se está anotando y como se indica que está contemplado en el informe con todo detalle, le parece bien. Por otra parte, estima que se debería diferenciar sobre los hospitales que hacen la depuración de la lista de espera con fondos propios y más, es decir, la gestión de los hospitales que gestionan más. Cree que se debería tipificar las razones de la depuración de la lista de espera, en términos de qué es lo que sucedió, si la persona se operó por su cuenta, o si falleció, entre otros. Considera que ese ejercicio está muy bien concebido, reforzándolo con la justificación. Sugiere que se le podría modificar el nombre de la programación del procedimiento.

Continúa la doctora Priscilla Balmaceda con la presentación y señala que el proyecto, consta de 260 jornadas de producción dentro del proceso y a los Especialistas se les reconoce el 14,25% de la base del salario de un G-2. También se está incluyendo el pago que se realizará por tiempo extraordinario, para un Terapeuta Físico, porque es parte del Servicio de Fisiatría y los fondos que cubren toda la partida 2043, es por un monto de ciento sesenta y dos millones de colones.

Agrega el doctor Mario Ruiz que se contempla también en la jornada quirúrgica, medir la calidad de la atención y ese aspecto se conversó con los especialistas, pues lo van a estar monitorizando mes a mes. En ese sentido, las jefaturas están conscientes de que cuando el paciente egrese, se le va a preguntar cómo lo trató el Especialista y cómo le fue en la consulta. Hace hincapié en que producto de las jornadas de producción, al terminar el proyecto, los pacientes de Ortopedia y Fisiatría quedan a menos de 90 días plazo en la lista de espera. El proyecto de Ortopedia tiene una duración de cuatro meses, el de Fisiatría dos meses y el de Terapia Física si conlleva ocho meses, porque hay que hacerle a cada paciente alrededor de tres a cinco terapias, por una indicación médica.

Pregunta el Director Fallas Camacho si existe la certeza clara de que esos fondos existen reservados y se pueden presupuestar para actividades de esta naturaleza.

Aclara el doctor Fernando Llorca que están reservados según en el presupuesto de la Gerencia Financiera.

Le explica la doctora Priscilla Balmaceda al doctor Fallas que de hecho para la gestión de los fondos, se solicitan mes a mes conforme el gasto.

Pregunta don Oscar si por ese aspecto, se tiene la garantía de que existe la reserva apropiada para esos gastos.

Interviene la Gerente Médico y aclara que así es, se coordinó con la Gerencia Financiera y está contemplado el financiamiento, en el presupuesto que aprobó esta Junta Directiva para el próximo año.

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

Se somete a votación la propuesta en consideración y es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Fallas Camacho que vota en forma negativa.

Por lo tanto, la propuesta es acogida por mayoría. En adelante, se consignará el detalle de éste y de los acuerdos que se vayan adoptando.

Los doctores Cervantes Barrantes, Ruiz Cubillo y la doctora Balmaceda Chaves se retiran del salón de sesiones.

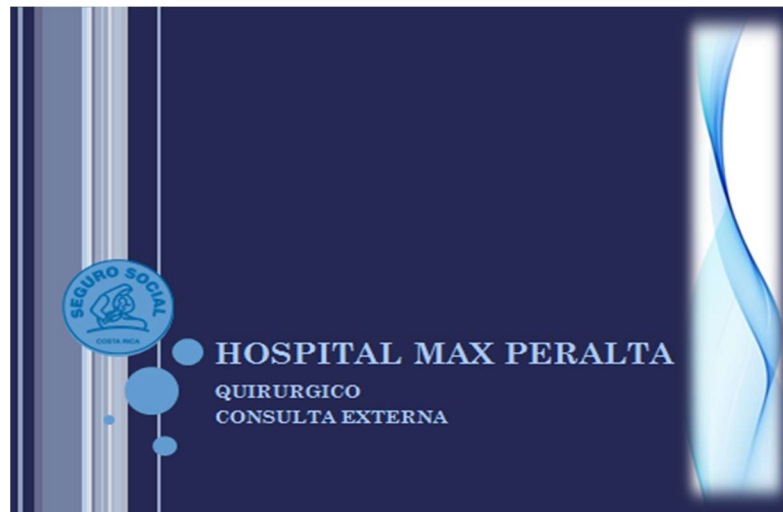
Ingresan al salón de sesiones el doctor Alexander Sánchez Cabo, Jefe de Cirugía, y el ingeniero Balaam Sadoc Brenes Navarro, ingeniero Industrial del Hospital Max Peralta de Cartago.

El doctor Sánchez Cabo presenta el Proyecto de Jornadas de Producción Quirúrgica del Hospital Max Peralta, con base en las láminas siguientes:

a)



b)



c)

**QUIRURGICA
CIRUGIA GENERAL**

d)

PROYECTO JORNADAS DE PRODUCCIÓN QUIRURGICA

Generalidad del Proyecto: Atender por jornadas de producción de la lista de espera de Cirugía General

Listas de espera general de área de atención (número de registros) : 9368

Plazo de espera promedio (días): 400

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si No

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto: 3625

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: 421

Cantidad de registros de pacientes en la lista general por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros	0	0	0	241	396	1294	3411	4026	9368

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros	0	0	0	0	0	752	1756	917	3425

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: ≤30% de los días de espera, Número de Jornadas de trabajo: 842

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: 150 días y 3366 pec.

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días y cantidad de registro: 150 días y 3366 pec.

Presupuesto requerido (partida 2043): €1.1174.000.000

e)

CONSULTA EXTERNA
OFTALMOLOGIA
UROLOGIA
ORTOPEDIA
VASCULAR PERIFERICO



f)

PROYECTO JORNADAS PRODUCCIÓN CONSULTA EXTERNA

Generalidad del Proyecto: Atender por jornadas de producción de consulta externa a las especialidades críticas: Oftalmología, Ortopedia, Urología y Vascular Periférico

Listas de espera general de área de atención (número de registros): 32262

Plazo de espera promedio (días): 2539

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si X, No ___

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto: 17912

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: 2539

Cantidad de registros de pacientes en la lista general por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros	0	13	3	712	4492	5979	7522	13541	32262

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros	0	13	3	449	2844	4227	4792	5584	17912

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 50% de los días de espera, Número de Jornadas de trabajo: 572

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: 1270 días y 16367 pec.

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días y cantidad de registro: 1270 días y 16367 pec.

Presupuesto requerido (partida 2043): €234.824.954, más €59.069.350 en tiempo extra de personal de apoyo

El Dr. Alexander Sánchez Cabo recuerda que en el mes de junio de este año, el Hospital de Cartago presentó, para aprobación ante esta Junta Directiva, un proyecto con la intención de eliminar o ir eliminado el pago de jornadas quirúrgicas, tratando de utilizar la capacidad instalada del Hospital, para resolver las necesidades de los pacientes. El proyecto consiste en que se habiliten los tres Quirófanos del Hospital en la tarde, entonces, con la jornada del segundo turno se equipara la brecha, aunque los pacientes que ingresan y egresan, no eliminan la brecha que queda, pues, la lista de espera es dinámica, por lo que se logró resolver en aquella oportunidad con las jornadas de producción. En ese sentido, para eliminar esa brecha que quedó es que se ocupa, esta jornada de producción en Cirugía General, porque es la especialidad que abarca el 30% de la lista de espera general. Muestra una ficha técnica en la que se logra observar la lista de espera de 9.000 pacientes. En esos términos, se está solicitando una jornada de producción, exclusivamente, para cirugía general; pues se requiere producir impacto, por cuanto se tiene el recurso humano, es decir, no se necesita buscar asistentes o especialistas de otras especialidades. La meta es para eliminar en un año la brecha que queda, con la implementación

de los tres quirófanos. Entonces, con la jornada de producción y los tres quirófanos se puede quedar al día con la lista de espera.

Respecto de una pregunta del Director Fallas Camacho, tendiente a conocer en cuántos pacientes se estiman que quedaría la lista de espera, con la habilitación de los tres quirófanos, responde el doctor Sánchez Cabo que se resolvería la lista de espera de un año. Entonces, una vez que se terminen las jornadas de producción y se resuelvan todos los pacientes que hay acumulados, se regulariza la lista de espera y estaría en cero pacientes. En ese sentido, una vez que se concluya las jornadas de producción, el Hospital queda con la capacidad instalada para que ingresen y egresen pacientes.

El Director Devandas Brenes recuerda muy bien el tema de la gestión de los quirófanos, pues se había determinado que en los quirófanos coincidían cuatro jefaturas, por ejemplo, Enfermería tiene una jefatura, entre otras. Entonces, se producía descoordinación y ese aspecto interfería, negativamente, con el trabajo en equipo. En ese sentido, el Hospital de Cartago planteó que había resuelto esa situación, pues se nombró una jefatura coordinadora. Pregunta si está funcionando.

Indica el doctor Sánchez que se empezará con la habilitación de dos quirófanos.

Señala el doctor Devandas Brenes que ese aspecto es importante generalizarlo en los hospitales, porque se indicaba que el Jefe de Enfermería le daba permiso a la Enfermera, sin coordinar entre ellos y con una sola jefatura se solucionaba la problemática.

El doctor Llorca Castro comenta que en muchos países es así, para evitar esa situación, porque es una coordinación y las jefaturas gremiales, evidentemente, no son recomendadas.

Agrega el Ing. Brenes Navarro que una de los aspectos que el Hospital de Cartago comprometió, fue el tiempo de utilización de Sala de Operaciones. Recuerda que en aquel entonces, el tiempo de utilización medio en cirugía programada era de un 55% y la meta del proyecto era conducirlo hasta un 73% en la jornada ordinaria. Entonces, es utilizar mejor los recursos existentes, no era solo pedirle a la Junta Directiva que asigne más financiamiento, sino que con los recursos existentes se maximizaran los quirófanos. Hoy la utilización de los quirófanos en promedio, se pasó de un 55% de Sala programada a alrededor de un 70%. Además, el otro proyecto es semejante al proyecto del Hospital de Heredia, de Consulta Externa pero en esta ocasión, es de cuatro especialidades, es el mismo tema que se discutió con el Hospital de Heredia pero basado en las Especialidades de Oftalmología, Ortopedia, Urología y Vascular Periférico. Pregunta si han escuchado insatisfacciones de los pacientes, por cuanto la Especialidad de Oftalmología en el Hospital de Cartago, solo cuenta con tres Oftalmólogos. La lista de espera de Consulta Externa son 32.000 pacientes y es la lista de espera más significativa del país.

Abona el Dr. Alexander Sánchez que tres Oftalmólogos no son suficientes en el Hospital de Cartago, además, se le dificulta darle prioridad a los pacientes que son muy especiales, porque es difícil indicar a cuál pacientes se le traslada la cita, para lograr atender esos pacientes con prioridad. Hace hincapié en que se está planteando una opción, la cual es muy similar a la que presentó el Hospital de Heredia, entonces, se atenderán cuatro especialidades, por saber: Ortopedia, Oftalmología, Urología y Vascular Periférico. En ese sentido, en el proyecto se van a

atender 35 pacientes por jornada de producción en las tres especialidades de Vascular, Urología y Ortopedia, no en Oftalmología aunque se tienen 25 pacientes en lista de espera.

En relación con una consulta del doctor Llorca Castro, en términos de conocer el impacto que se produce con el proyecto, responde el Ing. Brenes que sería resolver los 32.000 casos de Oftalmología y 16.300 pacientes de Urología, Vascular Periférico y Ortopedia, sería alrededor del 50%.

Al Director Fallas Camacho le produciría satisfacción conocer qué indica la Asesoría Jurídica, en referencia a este tipo de pago en Consulta Externa, si es válido, si no tienen problema, si se acepta o no tiene ningún inconveniente.

Sobre el particular, indica el Subgerente Jurídico que en este momento se está redactando el criterio.

Pregunta el doctor Fernando Llorca cuánto tardará la Dirección Jurídica en redactar el criterio.

Responde el Lic. Alfaro Morales que mañana el criterio estará finalizado. En ese sentido, ha estado presionando a los encargados en la Dirección Jurídica. No obstante, el tema tiene sus aristas, pero hoy queda listo el borrador.

Anota el doctor Llorca Castro que el lunes se tiene que ratificar el asunto en todo caso, porque hoy no quedaría en firme, entonces, el tema se puede analizar en esa sesión. Entonces, dadas las presentaciones se realizarán hoy y el lunes, se abordará el informe de la Dirección Jurídica.

El doctor Devandas Brenes sugiere que para facilitar el proceso, si fuera necesario el tema se someta a revisión, entonces, si es que tuviera un criterio adverso, no quedaría en firme pero quedaría aprobado. Por lo que sugiere que se someta el tema a votación.

El Subgerente Jurídico aclara que un asunto de esta naturaleza es una posibilidad jurídica, no se crea un derecho subjetivo a diferencia de otros casos, en los que sí se genera a favor de alguna persona. Repite, no se están creando derechos subjetivos a favor, es un tema de gestión de la administración que está proyectada y entiende la problemática. Cree que la Junta Directiva podría avanzar votando el tema, si a bien lo tiene sujeto a la resulta del dictamen jurídico.

El Dr. Fallas Camacho vota negativo.

Don Fernando menciona que existe esa posibilidad, si el doctor Fallas no se siente satisfecho, entonces, el acuerdo se ratificará el lunes en función del criterio. Es la propuesta que habría que votar, subordinado a que el criterio sea favorable y, reitera, si el lunes se determina que el criterio no es favorable, no quedaría en firme el acuerdo.

Se somete a votación la propuesta en consideración y es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Fallas Camacho que vota en forma negativa.

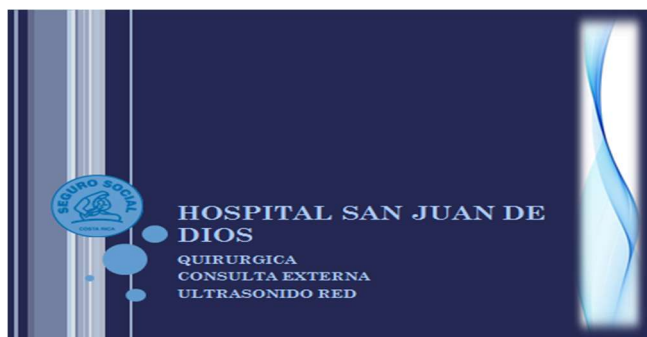
Por lo consiguiente, la propuesta es acogida por mayoría. En adelante, se consignará el detalle de éste y de los acuerdos que se vayan adoptando.

El doctor Sánchez Cabo y el ingeniero Brenes Navarro se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones la doctora Ileana Balmaceda Arias, Directora; el doctor Rodrigo Bartels Rodríguez, del Hospital San Juan de Dios, y el doctor Jorge Cortés Ángel, funcionario de la Unidad Técnica de Listas de Espera.

La doctora Balmaceda Arias presenta el proyecto que se plantea para el Hospital San Juan de Dios, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

1)



2)

CONSULTA EXTERNA
UROLOGIA
ORTOPEDIA
TERAPIA FISICA
VASCULAR PERIFERICO

3)

Reducción de Lista de Espera Consulta Externa

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros) : 16674

Plazo de espera promedio (días): 370

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si No

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto:

Urología 7778

Ortopedia 4577

Terapia Física 4000

Vascular Periférico 319

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto:

Urología 442

Ortopedia 415

Terapia Física 187

Vascular Periférico 296

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Urología	0	0	0	0	0	230	1079	6469	7778
Ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	4577	4577
Terapia Física	0	0	0	0	0	0	300	3700	4000
Vasc Perif	0	0	0	0	0	0	0	319	319

4)

Reducción de Lista de Espera Consulta Externa

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 9264 pacientes Número de Jornadas de trabajo: 2543

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: 7410 pacientes pendientes y 244 días de espera

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días y cantidad de registro:

Servicio	% Impacto Esperado en Lista de Espera al finalizar el proyecto	Total de Pacientes en Lista de Espera proyectado al finalizar el proyecto	% disminución en tiempo de espera esperado al finalizar el proyecto	Días promedio de espera proyectado al finalizar el proyecto
Otorrinolaringología	↓52%	1370	↓60%	91
Cardiología	↓66%	257	↓90%	27
Neurología	↓42%	1061	↓30%	272

Presupuesto requerido (partida 2043): ₺173.759.500,73

5)

ULTRASONIDOS RED



6)

PROYECTO JORNADA PRODUCCIÓN ULTRASONIDOS RED

Listas de espera general de área de atención (número de registros): 36433

Plazo de espera promedio (días): 291

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si x No

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto: 36433

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: 291

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros	0	0	0	2.109	17.084	17.240	36.433

Capacidad Instalada de Establecimiento e indicadores de Gestión

Número total de equipos de ultrasonidos: 7 Número de equipos de ultrasonidos habilitados: 7

Cantidad de Radiólogos (Tiempos completos) en I turno ordinario: 12

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 34.850 Número de Jornadas de trabajo: 988

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: 90% a la lista Actual

Presupuesto requerido (partida 2043): ₺682.114.722

7)

PROCEDIMIENTOS
GASTROENTEROLOGIA
NEUROLOGIA
CARDIOLOGIA



8)

Reducción de Lista de Espera Procedimientos

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros) : 6264

Plazo de espera promedio (días): 285

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si No

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto:

Gastroenterología 2617

Cardiología 1806

Neurología 1841

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto:

Gastroenterología 220

Cardiología 274

Neurología 389

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Gastroenterología	0	0	0	0	0	0	78	2539	2617
Cardiología	0	0	0	0	2	1	126	1677	1806
Neurología	0	0	0	0	0	0	241	1600	1841

9)

Reducción de Lista de Espera Procedimientos

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 6987 pacientes Número de Jornadas de trabajo: 323

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: 6167 pacientes pendientes y 322 días de espera

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días y cantidad de registro:

Servicio	% Impacto Esperado en Lista de Espera al finalizar el proyecto	Total de Pacientes en Lista de Espera proyectado al finalizar el proyecto	% disminución en tiempo de espera esperado al finalizar el proyecto	Días promedio de espera proyectado al finalizar el proyecto
Urología	↓85%	2903	↓75%	120
Ortopedia	↓84%	732	↓30%	278
Tomografía	↓100%	0	↓100%	1
Vascular Periférico	↓100%	0	↓100%	0

Presupuesto requerido (partida 2043): Q349.511.869,025

10)

QUIRURGICA
CIRUGIA GENERAL
GINECOLOGIA
ORTOPEDIA
UROLOGIA



11)

Reducción de Lista de Espera Quirúrgicas

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de áreas de atención (número de registros): 14993

Plazo de espera promedio (días): 384

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si No

Listas de espera de la especialidad que impacta al proyecto: 14483

Cirugía General 6121

Ginecología 924

Oncología 320

Ortopedia 3818

Urología 1300

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: 415

Cirugía General 344

Ginecología 122

Oncología 81

Ortopedia 339

Urología 306

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cirugía General	0	0	0	4	194	747	1798	3378	6121
Ginecología	0	0	0	0	0	0	92	832	924
Oncología	0	0	0	0	0	0	3	317	320
Ortopedia	0	0	4	140	668	1293	1871	1833	3818
Urología	0	0	0	0	14	148	447	691	1300

12)

Reducción de Lista de Espera Quirúrgicas

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 2924 pacientes Número de Jornadas de trabajo: 896

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: 6167 pacientes pendientes y 322 días de espera

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días y cantidad de registro:

Servicio	% Impacto Esperado en Lista de Espera al finalizar el proyecto	Total de Pacientes en Lista de Espera proyectado al finalizar el proyecto	% disminución en tiempo de espera esperado al finalizar el proyecto	Días promedio de espera proyectado al finalizar el proyecto
Ortopedia	↓17%	4851	↓24%	410
Cirugía General	↓14%	2633	↓15%	300
Urología	↓47%	693	↓60%	122
Ginecología	↓88%	404	↓28%	90
Oncología	↓100%	0	↓100%	0

Presupuesto requerido (partida 2043): € 1.735.819.148,88

La doctora Ileana Balmaceda Arias anota que tienen varios proyectos; uno es de Consulta Externa, otros son de jornadas quirúrgicas, de procedimientos y ultrasonidos en red.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación, porque si se van a presentar los proyectos, no se vota y el próximo lunes se plantea el tema, entonces, se reabre toda la discusión. Entiende que el caso anterior no se votó atendiendo la inquietud, pero le pregunta a la doctora Dra. Balmaceda si tienen la misma situación, entonces, sucederá lo mismo y si la decisión es no votar los proyectos, reitera, le preocupa porque el lunes se tendría de nuevo esta discusión.

Pregunta el señor Presidente Ejecutivo por qué, simplemente, no se subordina el voto a la ratificación del criterio que la Dirección Jurídica presentará el próximo lunes.

Indica el doctor Devandas Brenes que está de acuerdo.

Continúa el doctor Llorca Castro y anota que en otras oportunidades se ha procedido de esa manera.

El Dr. Devandas Brenes manifiesta que hay una duda de fondo pues sí, legalmente, se puede pagar en el proyecto por jornada a lo correspondiente a Consulta Externa. Le parece que esa situación había sido subsanada antes.

Anota la doctora Balmaceda Arias que el proyecto no es por destajo, dado que es por jornada de producción.

Somete el doctor Fernando Llorca a votación el caso del Hospital de Cartago, se vota cuatro a favor y uno en contra.

Continúa la doctora Ileana Balmaceda y anota que todos los proyectos que se presentarán a consideración de esta Junta Directiva, son por jornadas de producción, repite, no es a destajo, es bajo la modalidad de pago del incentivo de un 14.25% del salario base de un Médico G-2. Los proyectos son para Consulta Externa, Urología, Ortopedia, Terapia Física y Vascular Periférico, por cuanto se tiene una lista de espera general de 16.174 pacientes, con un plazo de espera de 360 días. En urología se tiene la lista de espera de 7.787 pacientes, en Ortopedia el número de pacientes es de 4.577, en Terapia Física la lista de espera es de 4.000 pacientes, con la salvedad que en Terapia Física, tiene que ser atendido en forma urgente y se tiene un plazo de espera muy elevado de 187 días, entonces, son 4.000 pacientes que tienen diez sesiones cada uno. En Vascular Periférico son 319 pacientes con un plazo de espera de 296 días. En Urología se tiene 230 pacientes de los años 2015 y 2016, la espera está a 1.069 días y muestra el total del año. Lo que se pretende es producir impacto en la lista de espera con 7.410 pacientes y disminuir el plazo de espera a 244 días promedio, con una inversión de ciento setenta y tres millones de colones, lo anterior corresponde a Consulta Externa. En relación con Gastroenterología, son gastroscopías por lo que se realizarán 1.370 procedimientos, produciendo un 60% de impacto en las listas de espera y disminuyendo los días promedio a 91 días, prácticamente, es el plazo de espera razonable. En Cardiología se quiere producir impacto en el 90% y la espera sea de 27 días, entonces, en el presupuesto están incluidos los gastos en el marcapaso de alta energía,

electrofisiología, los procedimientos de electrofisiología tardan entre siete y ocho horas, por ser muy complejos y por ese motivo, se está proponiendo hacerlos los sábados, con un presupuesto estimado de ciento setenta y tres millones de colones. En cuanto a ultrasonidos en red, en la presentación anterior se había indicado que las clínicas metropolitanas, no tienen como hacer ultrasonidos. No obstante, la cantidad es tan alta que, entonces, están proponiendo hacerlos porque se tiene un total de 36.000 ultrasonidos. En ese sentido, se realizarán en las Clínicas Marcial Fallas, Solón Núñez, CAIS de Puriscal y el Hospital San Juan de Dios. El presupuesto estimado es de treinta y seis mil cuatrocientos treinta y tres millones de colones en lista de espera y con un plazo promedio de 291 días. La idea es producir impacto en la lista de espera, con una meta de 34.850 ultrasonidos, con 988 jornadas para un monto de seiscientos ochenta y dos millones de colones. Con lo cual se produce impacto en un 90% de la lista de espera, entonces, quedaría la Clínica Marcial Fallas, el CAIS de Puriscal, la Clínica Solón Núñez y el Hospital San Juan de Dios con un plazo de espera más razonable.

La Directora Alfaro Murillo pregunta si el procedimiento es el ultrasonido con el resultado.

La doctora Ileana Balmaceda responde que así es, el ultrasonido con la interpretación. Continúa y anota que se tienen siete encargados de realizar los ultrasonidos y diez Radiólogos, entonces, todos los días se lograrán hacer jornadas de producción, de manera que se pueden atender alrededor de treinta procedimientos por Radiólogo, para lograr producir impacto en las listas de espera de las clínicas metropolitanas. En Gastroenterología la proyección es producir impacto en el 70%, un 73% en Consulta Externa de Urología, el 100% en Terapia Física y Vascular Periférico y un 30% en Ortopedia, dado que Ortopedia es lo más complicado que se tiene. El otro aspecto son las jornadas de producción quirúrgicas, pues se tienen 14.995 pacientes, con un promedio de espera de 384 días, cirugía general tiene 6.121 días de espera, ginecología 924 días de espera y son, prácticamente, salpingectomías, en Oncología se tienen 320 pacientes, en Ortopedia 5.818 pacientes, con un plazo de espera de 539 días y en Urología se tienen 1.300 pacientes. Además, Cirugía General se tiene con 344 días de espera. Entonces, la idea es producir impacto con 896 jornadas de producción, para 2.924 pacientes, para un monto de mil setecientos millones de colones. Se refiere a la propuesta y conoce que la presentación del tema es fácil, pero responsabilidad que implica es muy alta, porque es el control de cada una de las jornadas que se realicen y se pague los procedimientos que se concreten. Por ejemplo, si un paciente se ausentó no se le paga la jornada completa al equipo que participó.

Ante un comentario del doctor Fallas Camacho señala la doctora Ileana Balmaceda que es otra situación, porque en Ortopedia se tiene una plétora de unos procedimientos que son electromiografía. Lo anterior, por cuanto el año pasado les hicieron a los pacientes procedimientos de artroscopias, dedos en gatillo y túneles carpales, resolvieron alrededor de 400 pacientes, entonces, se enviaron al Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), entonces, en ese momento resolverá las electromiografías, pues se tiene una lista de espera significativa en el Hospital San Juan de Dios, dado que las intervenciones de Neurología que se resuelven, es un procedimiento totalmente diferente del que se hace en Ortopedia. En ese sentido, se tienen lista de espera para que se realicen esos procedimientos en la jornada de producción. Explica que para hacer la depuración de la lista de espera en Ortopedia, es diferente porque se tiene que atender y revisar el paciente, para indicarle si realmente se tiene comprometido el nervio, entonces, sino lo tiene, o si fue una fractura, se tiene que valorar el paciente. Lo anterior, por

cuanto las citas de esos pacientes son más complejas, entonces, el CENARE está colaborando con la atención de esos pacientes, para que se logre depurar la lista de espera en cirugías.

El Dr. Fallas Camacho manifiesta su inquietud, pues la información que presentan los distintos hospitales lo confunde.

Aclara la doctora Balmaceda Arias que los pacientes que se no se incluyen en las jornadas de producción del Hospital, por ejemplo, de cadera, rodilla, hombros, son cirugías menos complejas de túnel carpal y se resolvió una cantidad significativa.

El doctor Llorca Castro indica que así debe ser y era la gran duda, porque si el CENARE le presenta una información a la Junta Directiva, tiene que estar diferenciada de la que le presenta el Hospital San Juan de Dios.

Continúa la Dra. Balmaceda y anota que el Hospital San Juan de Dios, resolvió los túneles carpales que tenían y los dedos de gatillo y fueron depurados de la lista de espera.

Pregunta el Director Fallas Camacho que si esos procedimientos se relacionan con la jornada de producción del Hospital San Juan de Dios.

La doctora Balmaceda Arias responde que no. Continúa y señala que el monto total son seiscientos millones de colones en los procedimientos de ultrasonidos y dos mil seiscientos millones de colones del resto de los procedimientos.

Con respecto de los ultrasonidos, la Directora Alfaro Murillo manifiesta su preocupación, pues está pendiente que se realicen 36.000 procedimientos. Le parece que esa cifra llama a que hay que hacer esfuerzos extraordinarios, porque como se indicó, en otra de las presentaciones que esa cantidad de pacientes, es un porcentaje en el que se confirma que hay alguna patología del paciente. Reitera, en una presentación anterior se indicó que ese centro médico, había identificado el 60%, lo cual representa alrededor de 20.000 posibles acciones que tomar en consideración. Entonces, está de acuerdo en que hay que hacer la inversión que corresponda; sin embargo, en esta Junta Directiva lo indicó el director de otro Centro Médico, que una forma era reforzar en los establecimientos de la red de salud, el que existieran equipos para hacer esos ultrasonidos fuera del hospital, supone que en el caso del Hospital San Juan de Dios, se estaría haciendo referencia de los CAIS, para liberar al Hospital de esos procedimientos, porque la tarea de que el Hospital San Juan de Dios con la limitación de espacio, así como en la parte física tenga que resolver los 36.000 pacientes es una carga significativa. Entonces, esa lista de espera que ha ido resolviendo el CENARE, es parte del Hospital San Juan de Dios. En este momento lo que se está haciendo es después de la jornada ordinaria, en la cual se está resolviendo, una cantidad significativa de pacientes. En ese sentido, la experiencia de Rayos Equis del Hospital San Juan de Dios de las listas de espera, las cuales son un elevado porcentaje son normales, porque los ultrasonidos urgentes o que el médico esté más orientado se atiende, prácticamente, en forma inmediata. Por otra parte, señala que si la recomendación técnica correcta sería que no recayera esa responsabilidad sobre el Hospital, sino que se atendiera en la Red, entonces, le pregunta a la doctora Villalta, qué está haciendo la Gerencia Médica para resolver ese problema, pues lo indicó el doctor Cervantes, si se resolviera los ultrasonidos en dos o tres de las clínicas de la Subred de Heredia, esos casos no ingresarían al Hospital y como lo indicó la doctora

Balmaceda Arias, el problema no son los pacientes del Hospital San Juan de Dios, pues los casos se resuelven conforme ingresan, sino son los pacientes que se remiten al Hospital, la pregunta es qué se está haciendo. Los que han presentado indicaron que se debe trabajar y resolver en Red, no es técnica en el tema, repite, todos han indicado que la problemática se resuelve con fortalecer la Red y fortalecer las áreas de salud. Consulta cuándo se va a tener en las áreas de salud los equipos, para que los directores no tengan que estar presentando en esta Junta Directiva, la cantidad de pacientes en lista de espera, pues el tema se está presentando desde los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 y seguramente se continuará año con año. La solución real es apoyar en esos centros para que se desarrollen.

La Gerente Médico indica que el problema de fondo no es el ultrasonido, sino el de recuperación y de equipamiento, por ejemplo, cualquier área de salud puede presentar un proyecto y se le da el financiamiento para que se compre el ultrasonido, ese no ha sido el problema sino es la falta del Radiólogo, pues la Institución tiene una limitación de Radiólogos. En ese sentido, la Dirección Jurídica hizo una revisión del Reglamento, para presentar ante esta Junta Directiva, una propuesta de beca para enviar médicos para que se capaciten fuera del país, ya se devolvió el Reglamento revisado con algunas recomendaciones de forma y esperaría estar presentando el Reglamento el próximo jueves. Hoy se iba a presentar el tema de los Especialistas, es decir, la necesidad de Radiólogos y, reitera, lo que indicó el Director del Hospital de Heredia, en el sentido de que resolvió el problema solicitando seis radiólogos y eran los seis que se graduaban este año. En el Hospital de Cartago se tienen dos Radiólogos y, reitera, lo que se tiene es una necesidad de Radiólogos.

La doctora Robles anota que el problema es mucho más complejo, pues solo en el total de ultrasonidos, hay una complejidad mucho mayor que es el operador del ultrasonido, es uno de los pocos estudios que se realizan que es un 100% operador dependiente, significa que si una persona tiene una hija que tiene una sospecha de un linfoma y se lleva, para que sea atendida por una persona que no es experimentada y no le observa la adenopatía. Entonces, cuando ella atiende como Radióloga, ya está muy adelantada y no puede resolverle la situación de salud. Repite, ese procedimiento es tan complejo que la parte de radiología, ha sido ampliamente contactada para tratar de hacer, no solo por la parte de su compromiso con la Caja, sino como Asociación Costarricense de Radiología, hay que plantear soluciones, pero que provienen de un plan integral y de una mejor referencia hacia los centros asistenciales. Lo que refirió la doctora Balmaceda es verdadero, porque sí el clínico tiene una sospecha real, el ultrasonido se tiene que hacer en una forma expedita. Comenta que conoce a la doctora Leandro por mucho que hizo cuando estaba en el Hospital de Alajuela, puede indicar la cantidad de estudios que les llegaban era significativa, por ejemplo, se tenía que hacer un estudio para determinar si una salpingectomía estaba bien hecha, entonces, son los estudios que se tienen en lista de espera. No obstante, cómo se hace para explicarle a un médico general, por ejemplo, que el estudio no se hace por ese lado, además, que no debe ser enviado de esa forma, pues no podría observar con el ultrasonido, si una salpingectomía está bien hecha o no, entonces, cómo hace para conocer sí, realmente se ligaron bien las trompas, repite, no lo puede hacer. Es un aspecto que la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), en términos de que se tiene que dar los apoyos necesarios, por ejemplo, de una jefatura. Cree que dotar de más ultrasonidos o indicarle a la Gerencia Médica que tiene que resolver el problema de la lista de espera no es lo ideal, pues se tiene que hacer un plan referencia que, realmente, sea provechoso para los usuarios y, como ejemplo, siempre ha indicado que se coloquen en la posición de los usuarios. Tiene seis años de

experiencia como Radióloga y cuatro años de formación, entonces, una persona que no tenga ese entrenamiento no puede hacer un diagnóstico como corresponde. El problema no es que la doctora Balmaceda les asigne hacer los ultrasonidos a los médicos generales, porque cada vez que los hospitales necesitan se les da apoyo, pero el problema es cómo se hace, para que haya una mejor referencia para disminuir las listas de espera y se puedan tener más Radiólogos.

El doctor Cortés aclara que en la parte del Hospital San Juan de Dios, se tiene un Radiólogo en la Clínica Marcial Fallas, también en la Clínica Moreno Cañas, además en la Clínica Solón Núñez, pues son poblaciones muy amplias, por lo que un solo radiólogo se convierte en insuficiente y de ahí que las plazas de espera se extienden considerablemente. No es lo mismo tener 12.000 pacientes en el Hospital San Juan de Dios que, probablemente, se resuelven en un año por la capacidad que tiene; sin embargo, resolver esa cantidad de ultrasonidos en la Clínica Marcial Fallas, el plazo se extendería a seis, siete u ocho años.

El doctor Fernando Llorca refuerza lo que indicó la Dra. Robles, en términos de que hasta que no se apliquen las buenas prácticas de prescripción, no va a existir una cantidad suficiente de radiólogos, los cuales resuelvan los procedimientos de ultrasonidos, aunque se hayan hecho esfuerzos significativos por resolver el tema. Sin embargo, son evidentes esfuerzos que no han sido sostenibles, por ejemplo, los médicos refieren pruebas por pura medicina defensiva, porque les produce temor y lo cierto, es que, institucionalmente, se tiene que corregir. En todo caso la observación de doña Marielos Alfaro es muy válida, es un tema al final de red, así como de oferta y demanda.

El Dr. Fallas Camacho manifiesta su preocupación, porque se tienen alrededor de 200.000 personas esperando un ultrasonido, pero si no se van a hacer bien, le parece que mejor no se realicen. Menciona que en esta Junta Directiva se ha venido haciendo referencia de la necesidad de Radiólogos y Anestesiólogos, pero no desea que se discutan los detalles y es un tema que le inquieta significativamente. Comenta que es médico y entiende la prioridad de cada paciente y los problemas que se pueden dar, frente a plétora de personas que piden ultrasonidos en cantidades comerciales y, además, tienen una ineficacia porque se hacen cuatro ultrasonidos por hora y a su juicio, es muy bajo pero no va a discutir respecto de la norma existente.

La doctora Karina Robles indica que es cierto que un alto porcentaje de pacientes, tiene patologías pero no se está haciendo referencia de patologías, por ejemplo, una esteatosis, el 60% de los adultos obesos tiene esa patología, pero no es de emergencia, por lo que ese paciente podría esperar dos años.

El doctor Fernando Llorca somete a votación. Cuatro votos a favor uno en contra.

Se somete a votación la propuesta en consideración y es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Fallas Camacho que vota en forma negativa.

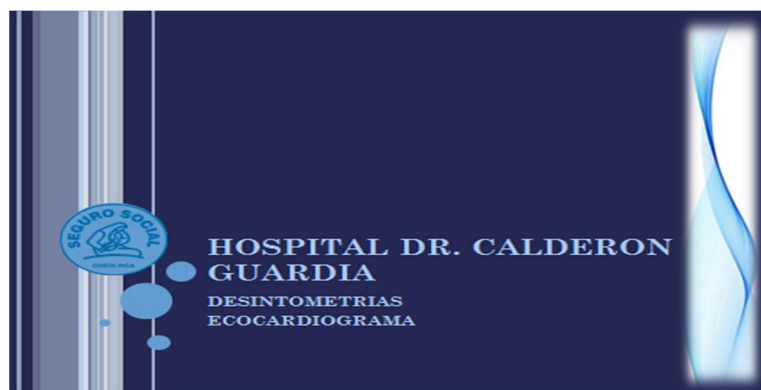
Por tanto, la propuesta es acogida por mayoría. En adelante, se consignará el detalle de éste y de los acuerdos que se vayan adoptando.

La doctora Balmaceda Arias y el doctor Bartels se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el doctor Taciano Lemos Pires, Director, y la doctora Karina Robles Segovia, Jefe de Radiología del Hospital Calderón Guardia.

Con base en las siguientes láminas, el doctor Lemos Pires y la doctora Robles Segovia se refieren a la propuesta del Hospital Calderón Guardia, en cuanto a densitometrías y ecocardiograma:

i)



ii)

DENSITOMETRIA



iii)

**“Realización de Densitometrías Óseas en Lista de espera del área de atracción del HCG y realización de los nuevos estudios que se van generando diariamente del HCG”
(De noviembre 2017 a agosto 2018)**

Generalidad del Proyecto

No tenemos densitómetro.

Listas de espera general de área de atención: 3196 pacientes, 631 del área de atracción del Hospital Dr. RA Calderón Guardia. (Se generan 576 densitometrías óseas mensualmente, de pacientes adscritos al H.C.G)

Plazo de espera promedio (días): 682.8 días

(Información es suministrada por el HSJD, ya que ese Hospital ha asumido los pacientes de H.C.G)

Cantidad de registros de pacientes en la lista general por año de registro:

(Información suministrada por H.S.J.D)

año	2015	2016	2017	Total en 2017
Densitometrías Óseas	695	5987	3196	9878

iv)

**“Realización de Densitometrías Óseas en Lista de espera del área de atracción del HCG y realización de los nuevos estudios que se van generando diariamente del HCG”
(De noviembre 2017 a agosto 2018)**

Capacidad Instalada de Establecimiento e indicadores de Gestión

Número total de equipos de Equipo: Actualmente el H.C.G no cuenta con equipo para realizar

Densitometría Óseas.

Cantidad de Radiólogos (Tiempos completos) en I turno ordinario: 11

Cantidad de Imagenólogos: 24

Cantidad de Oficinistas: 05

Metas del proyecto

El proyecto jornada de producción de lunes a jueves: de 4:00pm a 8:00pm. Viernes: de 3pm a 7pm. Sábados de 4pm a 8pm. Domingos de 8am a 8pm. (Cabe mencionar que se debe adaptar estos horarios a disposición del H.S.J.D).

Propuesta: 1 jornada de producción por día, 7 por semana y se realizarán 16 pacientes por día de Lunes a Sábado y 48 pacientes los domingos. Serán 144 pacientes por semana y 576 pacientes por mes.

Presupuesto requerido (partide 2043): €201.579.444

v)

Ecocardiograma



vi)

**Proyecto Atención Listas Espera Ecocardiografía
Servicio de Cardiología**

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros) : 2678

Plazo de espera promedio (días): 421,17

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: SI_X_

Cantidad de registros de pacientes en la lista general por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros							1893	2271	4166

Capacidad Instalada de Establecimiento e indicadores de Gestión

Número total de equipos de Ecocardiografía: 2 Número de equipos de Ecocardiografía habilitados: 2

Cantidad de Cardiólogos (Tiempos completos) en I turno ordinario: 11

Horas designadas por semana a la actividad del proyecto (horas/ porcentaje en relación con la distribución total de horas): 39h / 10%

vii)

**Proyecto para la Atención de Listas de Espera en Ecocardiografía
Servicio de Cardiología**

Cantidad campos de Ecocardiogramas por mes

Meses	Campos asignados por agenda	Cantidad de Ultrasonidos realizados de la agenda
Enero 2017	209	177
Febrero 2017	246	166
Marzo 2017	319	195
Abril 2017	251	149
Mayo 2017	316	177
Junio 2017	252	179
Julio 2017	250	165
Agosto 2017	200	172
Septiembre 2017	186	106

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 2613 ecos

Número de Jornadas de trabajo: 327 (8 ecos por jornada).

Impacto en la lista general en días promedio y cantidad de registros: menos de 90 días

Presupuesto requerido (partida 2043): €158 612 979,58 .

El Dr. Taciano Lemos Pires señala que, en el Hospital Calderón Guardia, se elaboraron cuatro proyectos, dos de los cuales los presentará el Dr. Cortés de la Gerencia Médica, relacionados con el TAC y el ultrasonido, para que sea macro el impacto que se produce. Además, se referirá a Densitometría y Ecocardiograma, pues son los proyectos de este momento.

La doctora Karina Robles apunta que el Hospital Calderón Guardia, actualmente, tiene un problema con la Densitometría, pues no puede seguir recargando al Hospital San Juan de Dios para que les realice el examen a los pacientes de ese Hospital. Entonces, el proyecto que se tiene es que a pesar de que no tiene lista de espera, porque la Junta Directiva le había probado un proyecto para densitometría al Hospital San Juan de Dios, el cual se avaló por la totalidad. No obstante, para ese Hospital es muy difícil asumir la población adscrita al Hospital Calderón Guardia, entonces, la Gerencia les planteó que propusieran alguna solución a la situación. En ese sentido, propusieron realizar con los Diplomados en Rayos Equis, para la realización de las densitometrías en el Hospital San Juan de Dios y reportarlas de acuerdo con un esquema de producción. Los datos que se tiene de la lista de espera es de alrededor de 9.000 pacientes, para un examen de densitometría, los cuales se realizaron en el Hospital San Juan de Dios y pertenecían a pacientes de adscripción del Hospital Calderón Guardia y se tienen alrededor de 700 solicitudes, las cuales ingresan mensualmente. Repite, aunque no se puede indicar que e tiene una lista de espera sino resuelve, porque en este momento, al no tener el equipo de alguna forma dentro de un año, cada mes se van a tener pendientes 700 nuevos estudios. Entonces, el proyecto lo que plantea es que los puedan realizar con el personal y sean reportados por los radiólogos. Entonces, para un año se estima un costo de alrededor de doscientos millones de colones, para atender un máximo de 700 pacientes al mes.

Ante un comentario del Director Fallas Camacho, señala la doctora Robles que el equipo está adquirido para la Torre Este, pues en este momento, no se tiene espacio físico en el Hospital

Calderón Guardia, para colocar un densitómetro. Entonces, sería un gasto innecesario y, además, se tendría que buscar un espacio para remodelar.

El doctor Taciano Lemos abona que la Torre Este, iniciará su funcionamiento totalmente equipada, entonces, para la Institución no es rentable hacer una inversión de esa naturaleza. Entonces, por el momento es más fácil utilizar el equipo del Hospital San Juan de Dios, pues cubre la Red, mantiene la situación, mientras está listo el nuevo edificio. El proyecto se estima que es por un costo de alrededor de doscientos millones de colones, porque es solo para darle soporte al asunto, pues se va a utilizar personal del Hospital Calderón Guardia, para estar reportando toda la demanda que llegue al Hospital San Juan de Dios, entonces, sería la Red del Hospital Calderón Guardia, por lo que se estaría dando la respuesta, prácticamente, diaria.

La doctora Karina Robles agrega que, diariamente, se harían unos reportes y la densitometría.

Añade el Dr. Lemos Pires que la intención es atender de cuatro a ocho pacientes todos los días de 3:00 p.m. a 7:00 p.m., utilizando al máximo el equipo del Hospital San Juan de Dios hasta que les dé tiempo. En cuanto al Ecocardiograma es un tema más simple, tomando en consideración que se tiene una lista de espera del mismo incremento, porque la capacidad del área instalada no es Hospital, por especialistas no por equipo, la demanda es mucho mayor, cada día más y los controles son más rígidos. A la fecha se tiene pacientes del año 2016 y 2017, a los que hay que prestarles la atención, se tienen un total de cuatro mil ciento sesenta y seis pacientes. Tomando en consideración que toda emergencia se hace de inmediato, es decir, todos los casos que se clasifican como emergencias o urgencias o sospecha de un problema mayor, se hace de inmediato y brinda toda la lista de espera porque la atención tiene que ir en primer lugar. Lo que se quiere hacer, es una jornada por día, todos los días para poder atender una cantidad de alrededor de ocho ecos por jornada, es decir, ocho ecos por día. Comenta que ya están en el top, se calcula que el tiempo podría ser de alrededor de 320 días, entonces, es para sostener en el tiempo, pero se podría acortar en un 50%, porque hay muchos médicos que les gustaría trabajar sábado y domingo, para resolver los paciente. Hace énfasis en que un Ecocardiograma, podría conducir a tener que atender un cateterismo, entonces, tiene que estar muy atentos. La intención es que se realicen ocho Ecocardiogramas por día, con jornadas de producción y llegar a mantener, una lista de espera constante de menos de noventa días, eliminando las emergencias calificadas, hasta que se pueda dotar de más Cardiólogos que tengan la capacidad de realizar el examen. Recuerda que el Hospital Calderón Guardia había quedado con un Cardiólogo para capacitar en otras especialidades, entonces, se quiera o no quiera, existe una necesidad significativa de especialistas, porque hubo una afectación, pero la demanda va creciendo. En esos términos, se tiene que pensar en dos áreas, quién va atender Hemodinamia, quién va atender electrofisiología y es el rezago que se tiene.

El doctor Fallas Camacho pregunta si se paga por jornadas.

Aclara el doctor Taciano Lemos que si se paga por jornadas de producción, es decir, un 14.25% del salario base de n Médico G-2.

Se somete a votación la propuesta en consideración y es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Fallas Camacho que vota en forma negativa.

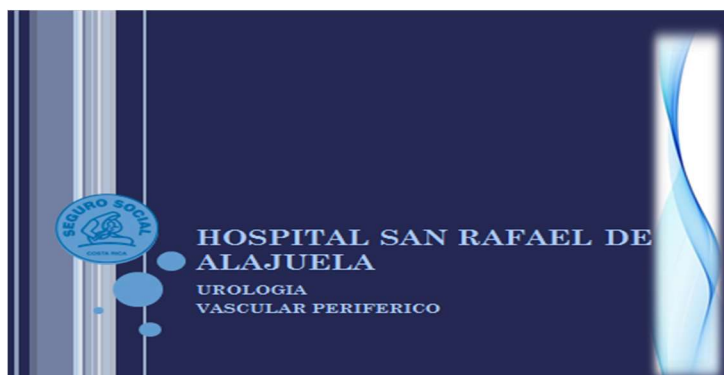
Por lo tanto, la propuesta es acogida por mayoría. En adelante, se consignará el detalle de éste y de los acuerdos que se vayan adoptando.

El doctor Lemos Pires y la doctora Robles Segovia se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Marcela Leandro Ulloa, Directora a.i. del Hospital San Rafael de Alajuela.

Prosigue la doctora Leandro Ulloa y, con base en las láminas que se especifican, se refiere a la propuesta para el Hospital de Alajuela, en el caso de Urología y Vascular Periférico:

A)



B)

REDUCCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE VASCULAR PERIFÉRICO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA, MEDIANTE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA VESPERTINA.

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros) : 9237

Plazo de espera promedio (días): 487

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si No

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto: 959 (2014-2015-2016)

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: 501

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros					108	146	377	328	959

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 576 registros. Número de Jornadas de trabajo: 144.

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: 387 días promedio y 8661 registros.

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días y cantidad de registro: 300 días y 576 registros

Presupuesto requerido (partida 2043): 271,761,890 colones

C)

Reducción de la lista de espera del Servicio de Urología del Hospital San Rafael de Alajuela, mediante un programa de Cirugía Vespertina.

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros) : 9237

Plazo de espera promedio (días): 487

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si No

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto: 1648 (2012-2013-2014).

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: 735

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros			9	215	315	333	333	393	1648

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 192 Número de Jornadas de trabajo: 96

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: 387 días, 9045 registros

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días y cantidad de registro: 600 días y 192 registros.

Presupuesto requerido (partida 2043): 301.130.227,42

La doctora Marcela Leandro Ulloa indica que los dos programas que se presentarán son para resolver la lista de espera de Urología y Vascular Periférico. Son dos jornadas de producción, en las cuales se les reconocerá a los Especialistas un 14.25% del salario base de un Médico G-2. La primera jornada de Producción es para la Especialidad de Vascular Periférico, para la cual se tiene una cantidad de 959 pacientes en lista de espera. No obstante, la lista de espera global es de 9.9237 pacientes de cirugía ambulatoria, con un promedio de espera de 487 días, entonces, lo que se quiere es disminuir la cantidad de pacientes 576 pacientes con registros, haciendo 144 jornadas de producción, es decir, tres veces por semana, operando cuatro pacientes en general de vascular periférico, los cuales se relacionen con problemas de varices. Hace énfasis en que con esas jornadas de producción, se logrará disminuir la lista de espera en 8.670 pacientes y, además, el plazo de espera disminuirá en 100 días el promedio de espera de los pacientes. El costo estimado sería de doscientos setenta millones setecientos sesenta y uno ochocientos noventa colones, el cual corresponde a Vascular Periférico, pues los procesos arteriales se resuelven inmediatamente, pero los problema venosos no, por ejemplo, varices, safenas con varices, la safena mayor, al ser toda la vena o safena menor con varices, se ha ido dejando porque lo prioritario son las arteriales. Entonces, se tienen 959 pacientes desde el año 2014 hasta la fecha en lista de espera. Por lo que con las jornadas de producción se disminuiría en un 68% la cantidad de pacientes de Vascular Periférico. En urología se está planteando una jornada de producción de dos a tres por semana, entonces, se operarán en promedio dos pacientes por jornada de producción, lo cual implicaría que en un año, se estaría operando ciento noventa y dos pacientes de la lista de espera, con 96 jornadas de producción; disminuyendo el tiempo de espera de los pacientes de 735 días a 600 días. Entonces, esos 192 pacientes pueden aumentar, porque si solo se operan pacientes de Resección Transuretral (RTU) de próstata, pero también están para operar pacientes que tengan varicoceles que están en la lista y tengan hidroceles. En ese sentido, se les tenga que hacer una orquidectomía por cáncer de próstata, estenosis uretrarias, estenosis del cuello de la vesícula, entonces, para esos procedimientos se intervendrían tres pacientes por jornada, entonces, en promedio se estaría operando dos pacientes por jornadas si son RTU. Lo cual produce una disminución en el plazo de espera de 135 días, para los pacientes de Urología y

estarían disminuyendo, es decir, eliminando los pacientes operados del año 2012 y una parte del año 2013, por lo que se podrían operar casi todos los pacientes del año 2013, porque no solo se estarían haciendo jornadas de producción, sino también la jornada ordinaria, por lo que se estarían operando los pacientes más antiguos igual que Vascular Periférico. Lo anterior, para lograr incrementar la capacidad instalada que se tiene en este momento, utilizándola en el tiempo extraordinario. El costo sería de trescientos un millón ciento treinta mil doscientos veinte siete con cuarenta y dos colones. En realidad todo lo que hace, es que al ser procedimientos ambulatorios, se puedan utilizar los quirófanos en tiempo extraordinario, porque ya en tiempo ordinario están con un TUSH de un 90% o más, entonces, se está alcanzando una capacidad plana en este momento. En ese sentido, sino se utiliza este tipo de jornada de producción en Urología o en Vascular Periférico no se logra disminuir la lista de espera. En total se disminuiría en 778 pacientes de la lista global de espera en un año, disminuyendo también en 100 días la espera global de la lista de pacientes.

Respecto de una inquietud del señor Presidente Ejecutivo, en términos de conocer el aprovechamiento de la Sala de Operaciones, indica la doctora Leandro Ulloa que en un 92%, es decir, 4.72 horas.

El Director Fallas Camacho hace hincapié en que se tiene una necesidad de atender listas de espera por, eventuales, riesgos que las personas pueden estar sufriendo.

La doctora Marcela Leandro comenta que en Urología un paciente que necesita una RTU, puede tener hace tres años una bolsa para que llegue a la vesícula, con el fin de que logre orinar, debido a su enfermedad. Por ejemplo, tener colocada tres años una bolsa con un tubo en la vesícula, no es bonito pero el problema es que igual, se tiene muchos pacientes con cáncer que tienen que priorizar antes de los de RTU o un paciente, como ilustración, que tiene un Hidrocele, el cual consiste como una masa de agua en el testículo que es grande, le produce dolor, aunque la persona sea joven, pero no lo pueden operar porque tienen un paciente con cáncer de vesícula o con cáncer de próstata y son prioridad, es decir, son pacientes uno, además, tienen una vida productiva muy útil, pero por esas patologías tienen que estar incapacitados. En la parte de Vascular Periférico, el problema es que todo lo que es la parte venosa, a veces se le inflama mucho las piernas a los pacientes y les produce mucho dolor, entonces, no pueden caminar, también tienen que estar incapacitados. En ese sentido, esos aspectos hacen que entre más tiempo de incapacidad, tienen que pagar más y no se pueden operar, porque lo prioritario es la enfermedad arterial pues, eventualmente, puede comprometer la vida del paciente. Comenta que dados los casos en RTU, se interponen muchos recursos de amparo por pacientes que tienen Hipertrofia Prostática Benigna, pues están en la lista de espera desde el año 2012.

La Directora Alfaro Murillo pregunta por qué solo esas dos Especialidades.

La doctora Leandro Ulloa indica que también se presentarán proyectos, para jornadas de producción Ortopedia, Oftalmología y Cirugía General.

Agrega el señor Presidente Ejecutivo que el Hospital de Alajuela, es un Hospital que tiene una situación compleja por la cantidad de la lista de espera.

Acota la doctora Marcela Leandro que aun así, se ha mejorado, significativamente, en lo que es la cantidad de pacientes que se operan más antiguos de la lista de espera y, también, la utilización de la Sala de Operaciones desde hace uno o dos años en adelante, ha coadyuvado en la mejorar la atención de la lista de espera, entonces, se resolvieron pacientes del año 2009 y en este momento, en Urología el paciente más antiguo es del año 2012, ya están por el 2013 y en algunas Especialidades, se tienen pacientes que se están operando del año 2015. Entonces, se ha llegado a la capacidad instalada del Hospital en tiempo ordinario, aun así el doctor Pérez ha hecho también las cirugías vespertinas, las cuales se pagan por tiempo extraordinario. También, se les modificó el horario a los médicos, para poder también mejorar la utilización de las Salas de Operaciones, pero el personal se agota y, entonces, hay que ir observando que procedimientos se van incluyendo.

Se somete a votación la propuesta en consideración y es acogida por todos los señores Directores. Por consiguiente la propuesta es acogida en forma unánime y, en adelante, se consignará el detalle de éste y de los acuerdos que se vayan adoptando.

La doctora Leandro Ulloa se retira del salón de sesiones.

El doctor Cortés Ángel presenta la propuesta relacionada con los Proyecto de impacto nacional, con base en las láminas que se detallan:

1)



2)



3)

JORNADAS DE PRODUCCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
Generalidad del Proyecto
 Listas de espera general de área de atención (número de registros)
Pacientes Mayores a 90 días : 119.988
 Plazo de espera promedio (días): 415 días
 Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si __ No __

Cantidad de registros de pacientes en la lista por especialidad:

Año	Oftalmología	Ortopedia	Urología	ORL	Dermatología	Fisiatría	Total
Citas en espera	42.641	31.027	15.296	11.055	10.850	9.019	119.988

Capacidad Instalada de Establecimiento e indicadores de Gestión
 Número total Centros Con las especialidades : 22

Meta : Atender 35.000 pacientes nuevos de las diferentes especialidades con mayor plazo de espera.
 Costo : \$645 472 080 (Incluye Cargas Sociales)

4)



5)

JORNADAS DE PRODUCCIÓN US Y LECTURA DE TAC
Generalidad del Proyecto
 Listas de espera general de área de atención (número de registros)
Ultrasonidos : 47.945 US Antiguos (2012, 2013, 2014, 2015)_
Reporte de TAC : 12.900 Pendientes de Reporte_(2016-2017)
 Plazo de espera promedio (días): 355 para US
 Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si __ No __

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2012	2013	2014	2015	Total
Cantidad de US antiguos	250	4.404	12.780	30.514	47.948

Año	2014	2015	2016	2017	Total
TAC Pendientes de Reporte	0	541	1.236	11.123	12.900

Capacidad Instalada de Establecimiento e indicadores de Gestión
 Número total Centros Con equipo de ultrasonidos: 33 Número de equipos de ultrasonidos habilitados: 32
 Número total Centros Con Tomógrafo: 13 Número de equipos de Tomografía s habilitados: 14
 Cantidad de Radiólogos (Tiempos completos) en I turno ordinario: 112 (nivel nacional)

6)

JORNADAS DE PRODUCCIÓN US Y LECTURA DE TAC

Brecha

Tipo de Estudio	Promedio estudios x hora	horas disponibles semanales	Proyección producción anual	Producción real (76%)	Producción 2016	Brecha
TAC	3	798	124.488	94.611	130.365	35.754
US	3	1.791	279.396	212.341	294.780	82.439

Meta del proyecto e Impacto

Meta US : 45.000__ Número de Jornadas de trabajo: 1.300__

Meta Lectura TAC: ___32.000__ Número de Jornadas de trabajo: ___1.050_____

Presupuesto requerido (partida 2043): _____1.615.049.565,00

7)



8)

Salud Visual Universal – Plan para la atención de la discapacidad visual, 2017 – 2019 - Cataratas

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros) : _____14054_____

Plazo de espera promedio (días): _____354_____

Listas de espera depuradas y certificadas por los establecimientos: Si No

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto: _____6000_____

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: __reducir 3 años de lista__

Cantidad	Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros						34	1148	6830	6042	14054

Mets del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: _____6000__ Número de Jornadas de trabajo: ___1000__

Presupuesto requerido (partida 2043): _____2.519.324.921 millones de colones _____

9)

Salud Visual Universal – Plan para la atención de la discapacidad visual, 2017 – 2019 – Pterigi3n

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de 1rea de atenci3n (n3mero de registros) : ____5988____

Plazo de espera promedio (d3as): ____420____

Listas de espera depuradas y certificadas por los establecimientos: Si No

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto: ____2400____

Plazo de	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Cantida					368	732	2537	2351	5988
Cantidad de registros									

Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: ____2400____ N3mero de Jornadas de trabajo: ____480____

Presupuesto requerido (partida 2043): ____633,275,962 millones de colones____.

10)

Salud Visual Universal – Plan para la atenci3n de la discapacidad visual, 2017 – 2019 – Patolog3a de Retina y V3treo Emergencia

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de 1rea de atenci3n (n3mero de registros) : NA (Aolca lista de emergencias de 6 por da)

Plazo de espera promedio (d3as): mayor a 30 d3as

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director M3dico: Si No

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto : Lista de retinas cr3nicas 65 registros

Plazo de espera promedio (d3as) de la especialidad del proyecto: 56 d3as

Cantida	A3o	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	Total
									X	65
Cantidad de registros										

Meta del proyecto e Impacto (emergencias)

Meta con unidad de medida: ____1450____ N3mero de Jornadas de trabajo: ____1450____

Presupuesto requerido (partida 2043): ____999,596,284 millones de colones____.

El Dr. Cort3s 1ngel se1ala que la idea con estos proyectos es tener claridad, a nivel nacional, el poder tener desde la Gerencia M3dica un presupuesto ya asignado, para atender aquellos centros que tienen alg3n grado de complejidad y no pueden resolver su lista de espera. En primera instancia, los proyectos son para funcionarios a nivel de la Gerencia M3dica.

Aclara la Gerente M3dico que los proyectos no los trabaja la Gerencia M3dica sino los hospitales, entonces, es poder tener un financiamiento para atender la necesidad de los hospitales. En el caso de la Consulta Externa Especializada, se tienen seis especialidades bastante cr3ticas en Consulta Externa de pacientes mayores a 90 d3as de espera nuevos, en las Especialidades de Oftalmolog3a, Ortopedia, Urolog3a, Otorrinolaringolog3a, Dermatolog3a y Fisiatr3a. Esas seis especialidades suman un total de 119.000 pacientes y la idea es que se establezca un plazo promedio de 415 d3as, para atender aquellos centros m3dicos que cuenten con esas especialidades, bajo la misma metodolog3a de jornadas de producci3n. Lo anterior, para

atender alrededor de 35.000 pacientes nuevos en un año, con un costo de seiscientos cuarenta y cinco millones de colones. En el tema de ultrasonidos y TAC, se tiene la misma criticidad que han expuesto algunos centros médicos. Entonces, realmente, a nivel institucional se tienen 122 Radiólogos. Sin embargo, si se suman los tiempos completos, se disminuye a menos de 110 Radiólogos y aparte de ese aspecto si se suman, realmente, las horas efectivas que pueden trabajar por el tema de vacaciones, vacaciones profilácticas y de permisos para educación continua y demás, esa capacidad se disminuye, alrededor de un 60%. En esos términos, en el año 2016, se realizaron 131.000 TAC. Sin embargo, el problema que se presentó fue con la interpretación de 94.000, dada la capacidad de cuatro lecturas que tienen de radiólogos por hora, lo cual deja una brecha de 35.000 estudios pendientes que no se lograron reportar. En el tema de ultrasonidos, sucede una situación similar, la producción real de 212.000 TAC. Recuerda que se ha incrementado la oferta en TAC, porque cada cabecera de Provincia: Limón, Puntarenas, San Carlos y Pérez Zeledón, en este momento están teniendo un TAC, razón por la cual se incrementó la producción. Entonces, al tener más TAC que producen, están al día pero el reporte se retrasa.

Pregunta el Director Devandas Brenes cuánto plazo quedó entre la realización del TAC y el reporte.

La doctora Villalta Bonilla indica que en este momento, la lectura del TAC está a seis meses, otros cuatro, tres meses, porque los Especialistas más jóvenes, conocen cómo interpretar TAC.

Consulta el doctor Devandas Brenes si la lectura del TAC se tarda seis meses, entonces, se tiene que repetir.

El doctor Llorca Castro manifiesta que depende de la complicación.

El doctor Rafael Cortés indica que, generalmente, depende de los mismos centros médicos que priorizan aquellos pacientes, los cuales requieren una interpretación inmediata del TAC y otros que, generalmente, por un tema de columnas y rodillas, así como padecimientos crónicos son los que requieren el TAC.

Comenta el doctor Fernando Llorca que en el momento de realización de la prueba, con frecuencia el técnico observa alguna complicación, entonces, inmediatamente interviene.

Anota la doctora María Eugenia Villalta que la lectura de TAC, se hizo más crítica este año porque cuando ingresaron los nuevos equipos de TAC a los centros y el problema que se presentó, fue la lectura del TAC.

Pregunta el doctor Devandas Brenes por qué esa lectura no se puede hacer en los hospitales.

Responde la doctora Villalta que los Radiólogos que se tienen, se dedican a realizar los ultrasonidos entre otras actividades. Entonces, tienen una capacidad limitada para hacer las interpretaciones.

Consulta don Mario dónde se van a conseguir más Radiólogos.

El doctor Cortés Ángel responde que por ser jornadas de producción, los procedimientos se realizan posterior a la jornada ordinaria, entonces, se estaría incrementando la capacidad instalada que se tiene.

Pregunta el Director Devandas Brenes sí, entonces, se va a contratar los mismos Radiólogos que trabajan en la Caja.

Le solicita el doctor Llorca Castro al Dr. Cortés que le explique a don Mario que no todos los Radiólogos pueden hacer lecturas, pues es probable que ya tengan programadas las ocho horas de interpretación.

El Dr. Cortés Ángel señala que, por ejemplo, en este momento el Hospital Monseñor Sanabria tiene dos Radiólogos, entonces, el 50% de su tiempo lo utiliza para realizar ultrasonidos, otro 25% para leer TAC, otro 25% en la lectura de mamografías y otros estudios especiales. En ese sentido, solo tiene un 25%, la idea es que esos mismos Radiólogos realicen la interpretación, pero posterior a la jornada ordinaria y mediante esas jornadas de producción, realicen las lecturas de los ultrasonidos.

Pregunta don Mario por qué el Hospital de Puntarenas, no fue el que presentó este proyecto.

Al respecto, indica la doctora Villalta que el Hospital de Puntarenas, venía desarrollando algunos proyectos. No obstante, como se iban a presentar proyectos decidieron hacer uno e identificar los Radiólogos. Como ejemplo, los Radiólogos de Pérez Zeledón no quisieron participar en el proyecto, pues indicaron que no tenían tiempo, los Radiólogos del Hospital Calderón Guardia, están dispuestos y van a presentar sus proyectos, los del Hospital de San Carlos también. Reitera, lo que decidieron fue presentar un solo proyecto y la UTLE distribuye los TAC para la lectura.

En cuanto a una pregunta del Director Devandas Brenes, responde el doctor Rafael Cortés que las lecturas de los TAC, las realizarán los Radiólogos en los centros médicos donde laboran, pero después de la jornada ordinaria.

El señor Presidente Ejecutivo le consulta a don Mario Devandas cuál es la duda que tiene.

Responde el doctor Devandas Brenes que su preocupación, es en el sentido de que se van a contratar esas jornadas de producción, con el presupuesto de especialistas que trabajan en el Hospital de Cartago.

Aclara la doctora María Eugenia Villalta que es para la lectura de los TAC de cualquier lugar del país.

Añade el doctor Llorca Castro que los Radiólogos trabajarán en una jornada de producción, durante ocho horas del día contratadas haciendo ultrasonidos y se les paga por esa producción. En todo caso les solicitó que trabajaran unos proyectos que produjeran impacto nacional, porque tiene una situación y lo desea indicar con claridad, si se continua enfocando con proyectos locales, el gestor local solo puede contar con el cirujano que tiene, por ejemplo, el Urólogo y se desaprovechan oportunidades de optimizar el uso de los recursos o, por ejemplo, se tiene un

especialista, en el Hospital Nacional de Niños y tiene muchos cirujanos pero no tiene Salas de Operaciones; entonces, si la Caja es solo una institución, no se pueden utilizar las Salas de Operaciones del Hospital de Ciudad Neily. En ese sentido, el enfoque de los proyectos locales y de la gestión local tiene un límite, un tope de óptimo, llega un momento en que en el Hospital de Pérez Zeledón, los Radiólogos indican que no atienden una persona más, porque tiene consulta en la tarde y un tope y si se queda atendiendo solo los pacientes del Hospital su consulta disminuye. No obstante, si se tiene un Radiólogo del Hospital de Cartago, por ejemplo, que sí desea atender más pacientes, por qué no se le puede pedir que colabore en resolver la lista de espera del Hospital de Pérez Zeledón. Le parece que es buscar los óptimos nacionales. Todos esos aspectos, estima que tienen que estar muy bien justificados y no se puede estar pagando, pues es la preocupación de esta Junta Directiva, así como la del país y la Institución, el pago de tiempo extraordinario. Cree que lo que se debería estar haciendo en horas ordinarias, es lo lógico y justificado; además, se tiene claro que esa situación no se puede dar. Por ejemplo, es difícil determinar cuántas horas de carácter administrativo tienen los Anestesiólogos y los Radiólogos, algunos se retiran para participar en la hora sindical; aclara que lo indica porque en el Ministerio de Salud, le correspondió escuchar una Anestesióloga y se preguntaba si más bien no tenía que estar en la Sala de Operaciones y es la Vicepresidenta del Sindicato de Especialistas. Entonces, todos esos ejercicios los tiene que hacer y, además, se tiene que revisar los óptimos. Con respecto de la Resonancia y el TAC, es tecnología muy vieja en el mundo, pero muy nueva en este país y los Radiólogos que se forman, no todos tienen el entrenamiento.

Pregunta el doctor Devandas Brenes si este es el último proyecto para presentar.

La doctora Villalta Bonilla indica que sí.

Continúa el doctor Rafael Cortés y señala que se pretende la atención de cataratas, pues se tienen pacientes del año 2014, la idea es atender los últimos tres años, por alrededor de 6.000 pacientes en 1.000 jornadas de producción, al igual que para Pterigion se tienen 5.988 pacientes del año 2014 engrosando la lista de espera. Entonces, se pretende hacer alrededor de 2.400 pacientes, en 480 jornadas de producción, el anterior proyecto es en la parte de cataratas, para un monto de dos mil quinientos millones de colones y en Pterigion, el monto de seiscientos treinta y tres millones de colones. Además, es muy importante a nivel de la Clínica Oftalmológica, la parte de Retina y Vítreo y Emergencias. Actualmente, el único Centro que tiene la capacidad para atender lo que es Retina y Vítreo es la Clínica Oftalmológica. Sin embargo, siendo ese Centro el de mayor complejidad, pues es a dónde todos los centros médicos refiere, no tienen la capacidad de poder atender esos pacientes, lo cual da una problemática para el paciente y que pudiera afectar su recuperación. Realmente, el proyecto lo que pretende es atender en los momentos en que no haya capacidad, porque hay aumentos desmedidos y no es una demanda controlada, no se pueden controlar las emergencias, igual suceden en Vítreo, entonces, cuando se tenga mayores emergencias y el Centro no tiene la capacidad para atenderlas en jornada ordinaria, lograr atenderlas en mediante este proyecto.

Pregunta el señor Presidente Ejecutivo si son desprendimientos de retina sobre todo. Son emergencias y surgen de momento; entonces, se conoce que el éxito de la intervención en desprendimiento de retina, depende la atención oportuna del caso. Le preocupa porque tenía entendido que el Hospital México podía atender el problema de retina. Consulta desde cuándo solo la Clínica Oftalmológica atiende esos casos. Reitera, su preocupación, porque sucede cuando

se centralizan los procesos un solo Centro. Conoce la Subespecialidad de Oftalmología y de Retinología, pregunta si en la Institución se tienen Retinólogos.

La doctora Villalta Bonilla responde que la mayoría de esos Especialistas, se trasladaron a la consulta privada.

El doctor Llorca Castro indica que fueron los que estaban en el Hospital México, porque en el Hospital San Juan de Dios que recuerde, no habían Retinólogos, pero en el Hospital Calderón Guardia si habían y, entonces, se trasladaron a la consulta privada.

La Directora Alfaro Murillo señala que hay una respuesta razonable, hay una contrademanda y la falta de atención y ese aspecto conduce a la demanda.

El doctor Fernando Llorca somete a votación este proyecto y les agradece a los señores Directores que se hayan quedado hasta el final de la sesión. Además, agradece que hayan dado el apoyo a la Gerencia Médica y a las iniciativas. Mantiene el compromiso de revisar esos temas a profundidad y presentar una propuesta para una revisión estructural sobre las eventuales soluciones. Cree que el mismo ejercicio de evaluación, sirve para determinar las prácticas que se tienen que ir corrigiendo. Finalmente, vuelven al tema, si solo se focalizan en los hospitales que tienen la capacidad o el interés de resolver su propia lista de espera, se continuará con la misma problemática. Pregunta el Dr. Llorca por qué no se presentó ningún proyecto del Hospital de Liberia.

El Director Fallas Camacho indica que hay buena gestión en ese Hospital.

Anota el Dr. Llorca Castro que a lo mejor no tienen lista de espera, insiste en conocer qué sucede con las personas del Hospital de Liberia. Qué clase de decisiones se impulsan indicando que le parece muy bien la política de que los directores, sean los que tienen que resolver y asuman su responsabilidad y si hay equipos de dirección, los cuales no pueden gestionar con sus propios especialistas, por ejemplo, porque no están satisfechos con esos especialistas, le preocupa, porque entonces la población de ese lugar queda sentenciada y lo indica con honestidad. Le parece que también se tiene que tener una opción de carácter nacional y optimizar los recursos. Como ilustración si se tiene oftalmólogos que indican que tiene deseos de operar y resolver listas de espera, pero el lugar donde está tiene un tope, porque no se le asigna más Sala de Operaciones, pues al que programa no le interesa programar más. Entonces, qué se hace con ese Oftalmólogo y teniendo 55.000 pacientes en lista de espera y, además, Salas de Operaciones desocupadas después de las cuatro de la tarde y durante las noches. Le parece que las Salas de Operaciones se tienen que optimizar.

Anota el doctor Devandas Brenes que de oftalmología hay muchas Salas de Operaciones para alquilar.

Continúa el doctor Fernando Llorca y anota que la Clínica Oftalmológica, no se utiliza en las noches, ni en las tardes y tiene oftalmólogos en otro lugar y, además, tiene una lista de espera descomunal. En ese sentido, considera que tiene que ofrecer soluciones de carácter integral. El esfuerzo al que ha apelado con vehemencia el doctor Fallas y demás Directores, cree que hay que hacerlo y está comprometido a ello, pero no se puede quedar sin gestionar. Comenta que le

presentaron otra vez unos proyectos, el CENARE y la Clínica de Hatillo, por lo que pregunta dónde está el resto del país, pues se tienen Salas de Operaciones. Entonces, se tiene que tener disposición, como ejemplo, de pagar un bus para trasladar pacientes del Hospital de Ciudad Neily a San José y viceversa, para que se les realice la cirugía que son de un elevado costo.

El Dr. Devandas Brenes indica que tiene información de que en Ciudad Colón se tiene Quirófanos sin utilizar.

Comenta el doctor Fernando Llorca que el Jefe de Cirugía del Hospital Nacional de Niños, le mencionó que tiene cirujanos sin operar y el Dr. Montero Chacón también y le preocupa esa situación. Por lo tanto, se tiene que buscar la capacidad instalada y se tiene que tener bien documentada, dónde está realmente.

El doctor Devandas Brenes recuerda que en esta Junta Directiva, se hizo referencia hace dos años y medio o tres años de los médicos pensionados, es decir, habían 220 médicos pensionados, los cuales ofrecieron trabajar en Consulta Externa, casi todos, pero el proceso de cómo contratarlos ha tardado tres años, es decir, para resolver el problema de cómo contratarlos.

El señor Presidente Ejecutivo le indica a don Mario que alguna persona tiene que asumir la responsabilidad. No entiende por qué se tardaron tanto, tiene entendido que la Contraloría General de la República, pero al final fue una interpretación.

El Director Devandas Brenes señala que hay que ponerle especial atención al tema de las depuraciones, en el sentido de que se debería tener un informe de las razones, por las cuales se ha depurado para tener una clasificación de razones. Lo anterior, por cuanto le parece que esa clasificación de razones, puede dar el sustento para el tema de la protocolización, entonces, tener una información que podría ser útil. Entonces, esa información debería quedar documentada estadísticamente, no que sea a granel, para tener una base.

El doctor Llorca Castro indica que lo que se le acaba de pedir al doctor Cortés Ángel. Si el próximo lunes se lo recuerda doña Emma, se reforzaría los acuerdos cuando ya queden en firme con esa solicitud de que la depuración de las listas de espera que se haga se documente, pues solo el Hospital de Heredia está haciendo el ejercicio de documentar la depuración. Se observaron los distintos niveles de manejo de información, pues para llegar a esa información se tiene que revisar mucho, pero a veces se generan diferencias aunque exista, por lo que se debería estandarizar algunos aspectos. Entonces, se pida que se documente la depuración como lo indicó don Mario, entonces, hay que hacerlo porque ese aspecto les permitirá apuntar mejor y, después, se conoce el ambiente y hay lugares donde los Especialistas de la misma especialidad, llegan a un acuerdo de indican que no van a resolver las listas de espera y como se soluciona ese problema, contratando personas que si quieren hacerlo. Por ejemplo, se tiene los cuellos de botella y no son solo Anestesiólogos, sino que la más significativa es con frecuencia la voluntad, a la rotación cama y esos aspectos se denominan gestión clínica y no hay.

Anota la Ing. Alfaro Murillo que, además, es complejo porque en los hospitales ninguna persona está conforme, pues conoce muchas personas del Hospital de Heredia y la gestión que hace el doctor Cervantes, el doctor Ruiz y la doctora Balmaceda y las personas no están conformes, es muy difícil.

El señor Presidente Ejecutivo comenta que ha sido Jefe de Consulta Externa y ha estado trabajando en Dirección Médica, entonces, cuando todas las personas piden se incomoda. Desde que asumió el puesto de Presidente Ejecutivo, le presentan expedientes con insatisfacciones de jefes y les indica que conoce lo que es ser jefe. En algunas quejas tienen razón y en la mayoría, se les pone a trabajar y las personas se incomodan y lo indica muy, claramente, también.

En cuanto a una pregunta de don Mario, tendiente a conocer si el lunes se tendrá sesión, responde le Dr. Fernando Llorca que sí, el lunes en la tarde a partir de las doce medio día.

La Directora Alfaro Murillo indica que no podrá asistir a la sesión, por cuanto tiene Asamblea de Escuela en la Universidad.

Se somete a votación la propuesta en consideración y es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Barrantes Muñoz que vota negativamente.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-29557-2017, fechado 28 de setiembre del año en curso que firma la señora Gerente Médico que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica en atención de sus responsabilidades sobre la prestación de servicios de salud a la población y en aras de garantizar la atención oportuna, presenta los siguientes documentos en torno al tema de abordaje de las listas de espera, mismos que se adjuntan:

1. Plan para la atención oportuna de las personas.
2. Análisis de la capacidad teórica y real para los quirófanos nacionales para cirugía, elaborado por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.
3. **INFORMES DE EJECUCIÓN Y PROYECTOS DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA:**
 - Informe Proyecto de jornadas de producción cataratas Clínica Oftalmológica, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 29° de la sesión N° 8701
 - Informe Proyecto Jornadas de producción ultrasonidos Hospital La Anexión, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 14 de la sesión N° 8864.
 - Informe Proyecto Jornadas de producción ultrasonidos Área Salud Coronado, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 14 de la sesión N° 8864.
 - Informe Proyecto Jornadas de producción de cirugía Hospital Escalante Pradilla, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 3 de la sesión N° 8836.
 - Informe Proyecto Jornadas de producción de ultrasonidos y salpingectomías Hospital Guápiles, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 14° de la sesión N° 8868.
 - Informe Proyecto Jornadas de producción de cirugía y ultrasonidos Hospital San Vicente de Paúl, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 4 de la sesión 8846 y artículo 39 de la sesión N° 8899.

- Informe Proyecto de Fortalecimiento del CENARE para la reducción de los plazos de espera en la especialidad de Ortopedia en el territorio nacional, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 11 de la sesión N° 8878.
- Informe Jornadas de producción quirúrgicas Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 33 de la sesión n°8875.
- Informe Jornadas de producción Hospital México, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 26 de la sesión n°8807 y artículo 14 de la sesión N°8868.
- Informe Jornadas de producción Cirugía Hospital Monseñor Sanabria, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 14 de la sesión N°8868.
- Informe Jornadas de producción Cirugía Hospital Nacional de Niños, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 33 de la sesión N°8875.
- Informe Jornadas de producción Cirugía Hospital San Carlos, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 14 de la sesión N°8868.
- Informe Jornadas de producción Cirugía Hospital San Juan de Dios, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 27 de la sesión N°8859.
- Informe Jornadas de producción ultrasonidos Área Salud Goicochea 2, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 14° de la sesión N°8868.

4. PROYECTOS NUEVOS DE JORNADAS DE PRODUCCION

- Proyecto Jornadas de Producción de Cirugía y Consulta Externa Especializada, Hospital Max Peralta.
- Proyecto Jornadas de producción densitometría óseas, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Proyecto para la atención de listas de espera en Ecocardiografía Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Proyecto jornadas de producción de Ultrasonidos Hospital San Juan de Dios –SUB Red Sur.
- Programa de jornadas de producción de Consulta Externa Vascular Periférico Hospital San Juan de Dios.
- Reducción de Listas de espera Consulta Externa Urología Hospital San Juan de Dios.
- Reducción de Listas de espera Consulta Externa Ortopedia Hospital San Juan de Dios.
- Reducción de Listas de espera Oncología Hospital San Juan de Dios.
- Reducción de Listas de espera Neurología Hospital San Juan de Dios.
- Reducción de Listas de espera Ginecología Hospital San Juan de Dios.
- Reducción de Listas de espera Gastroenterología Hospital San Juan de Dios.
- Reducción de Listas de espera Cirugía General Hospital San Juan de Dios.
- Reducción de Listas de espera Cardiología Hospital San Juan de Dios.
- Reducción de Listas de espera Terapia Física Hospital San Juan de Dios.
- Proyecto para la gestión presencial de las listas de espera consulta externa, Hospital San Vicente de Paúl.
- Proyecto para la atención de listas de espera mediante la realización de jornadas de producción de ultrasonidos y lectura de TAC según demanda.
- Reducción de la lista de espera del servicio de vascular periférico del Hospital San Rafael de Alajuela, mediante implementación de un programa de cirugía vespertina. Servicio de vascular periférico.
- Reducción de la lista de espera del Servicio de Urología del Hospital San Rafael de Alajuela, mediante un programa de Cirugía Vespertina. Servicio Urología

- Salud Visual Universal - Plan para la atención de la discapacidad visual 2018 – 2019 (proyecto de impacto nacional)
- Proyecto Jornadas de Producción Consulta Externa Especializada, UTLE

Lo anterior, con el fin de ejecutar programas de cirugía vespertina generando la reducción del plazo en la lista de espera y el aprovechamiento óptimo de las salas de operaciones de dichos centros hospitalarios.

INFORMES DE AUDITORÍA

La Auditoría Interna ha sido congruente en los diferentes oficios externados a los centros hospitalarios, en cuanto a que dentro de las acciones a tomar para la reducción de los plazos en la lista de espera, se utilicen los diferentes mecanismos que permitan su resolución y cumplir el fin último cual es el interés público de la población, dentro de ellos ha sido explícito el órgano auditor en señalar que se adopten medidas inmediatas como la implementación de jornadas vespertinas, indicando:

“En aras de una solución efectiva y sostenible respecto a la gestión de la lista de espera quirúrgica, mediante la definición y ejecución de los planes solicitados, debe también, considerando la condición de los plazos y cantidad de pacientes, realizar acciones inmediatas mediante el uso de otros sistemas de atención, entre ellos: pago de tiempo extraordinario, jornadas vespertinas, apertura de un segundo turno u otros que se estime pertinentes, (Cuadros 19 al 21) de tal manera que asegure la continua satisfacción de las necesidades de los pacientes, de conformidad con lo señalado en el oficio 68500, mencionado en el párrafo tercero del presente documento.” (Oficios Auditoría Interna CCSS, 53787, 53860, 53320, 49743, 53862, 53171, 47647 y 53183)

Es decir el mismo órgano auditor solicita a la administración la implementación de éstos mecanismos para la reducción de la lista de espera.

RECOMENDACIÓN

Una vez realizadas las presentaciones por parte de la Gerencia Médica en cuanto al Análisis de la capacidad teórica y real para los quirófanos nacionales para cirugía, elaborado por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, así como el Plan para la atención oportuna de las personas, se recomienda su aprobación, con el fin de que la Administración continúe laborando en las estrategias del citado plan, específicamente en las matrices de programación, monitoreo y evaluación y responsabilidades, las cuales deben ser consensuadas con los directores de los diferentes centros médicos, que permita la adaptabilidad a las necesidades reales y capacidad del centro.

Asimismo una vez realizada la presentación por parte de las Direcciones Médicas de los hospitales Max Peralta, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, San Rafael de Alajuela, San Vicente de Paúl y Unidad Técnica de Listas de Esperas, en torno a los proyectos de Jornadas de Producción quirúrgicas, y en aras de continuar mejorando la gestión para garantizar una atención oportuna a la población, mediante la disminución de plazo de lista de espera, se

recomienda a la Junta Directiva la aprobación de los mismos, ya que esto permite la implementación de una estrategia que aun y cuando no es la absoluta, permite reducir el plazo de atención y brindar un acceso oportuno a los servicios de salud garantizando el derecho a la salud como bien esencial de la población”,

una vez realizadas las presentaciones por parte de la Gerencia Médica, en cuanto al Análisis de la capacidad teórica y real para los quirófanos nacionales para cirugía, así como el Plan para la atención oportuna de las personas, y las presentación por parte de las Direcciones Médicas de los Hospitales Max Peralta, Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, San Rafael de Alajuela, San Vicente de Paúl y de la Unidad Técnica de Listas de Esperas en torno a los Proyectos de Jornadas de Producción quirúrgicas, y tomando en consideración que:

- a) La Caja Costarricense de Seguro Social es la institución pública, que por orden constitucional le corresponde garantizar la prestación de servicios médico-asistenciales para toda la población, bajo un modelo solidario, subsidiario y universal.
- b) La Ley General de la Administración Pública en su artículo 4 y 16 establece la obligación de garantizar el servicio público, asegurando su continuidad, su eficiencia y su adaptación a las necesidades de la población; así como también el deber de emitir todo acto conforme los preceptos de la lógica, la conveniencia y la razonabilidad.
- c) La Administración Pública debe sistematizar sus actividades con miras al bien común, debiendo entonces encontrar los mecanismos que le permitan satisfacer las necesidades de la colectividad. A esos efectos el grado de autonomía otorgado a la Caja en materia administrativa y de gobierno, le permite reorganizar sus actividades, a efectos de modernizar y mejorar el servicio público que se brinda, procurando lograr el máximo de eficiencia, eficacia, efectividad equidad en el uso de los recursos públicos.
- d) Existe un incremento en la demanda de recursos por cambios en el perfil epidemiológico y demográfico, además del crecimiento poblacional, que han venido a incidir sobre la oferta y limitaciones de la Institución, generando la problemática de la listas de espera y plazos prolongados para brindar la atención en salud.
- e) La Institución ha venido realizando múltiples esfuerzos institucionales para atender de forma integral y de manera oportuna las listas de espera bajo la optimización de los recursos, mejorando así la producción y gestión de las listas de espera. No obstante lo anterior, el incremento en la demanda de servicios, genera que aun y cuando, se mejore la gestión clínica en los diversos centros hospitalarios, existe una limitación para el abordaje de las listas de espera,

así como la recomendación de la Gerencia Médica contenida en el oficio N° GM-SJD-29557-2017 de fecha 28 de septiembre del 2017, la Junta Directiva **ACUERDA:**

1. Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el citado oficio número GM-SJD-29557-2017 y, por ende, dar por atendido: artículo 25° de la sesión N° 8540, artículo 29° de la sesión N° 8701, artículo 24° de la sesión N° 8773, artículo 26° de la sesión N°8807, artículo 3° de la sesión N° 8836, artículo 27 de la sesión N° 8859,

artículo 14° de la sesión N° 8868, artículo 33° de la sesión N° 8875, artículo 11° de la sesión N° 8878, artículo 39° de la sesión N° 8899, artículo 2° de la sesión N° 8899 y artículo 10° de la sesión N° 8913.

2. Aprobar el Plan para la atención oportuna de las personas e instruir a la Gerencia Médica para gestione lo correspondiente en aras de implementar el plan aprobado, en conjunto con los Directores Médicos de los diferentes centros.
3. Aprobar los siguientes Proyectos de jornadas de producción:
 - Proyecto Jornadas de Producción de Cirugía y Consulta Externa Especializada, Hospital Max Peralta.
 - Proyecto Jornadas de producción densitometría óseas, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - Proyecto para la atención de listas de espera en Ecocardiografía Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - Proyecto jornadas de producción de Ultrasonidos Hospital San Juan de Dios –SUB Red Sur.
 - Programa de jornadas de producción de Consulta Externa Vascular Periférico Hospital San Juan de Dios.
 - Reducción de Listas de espera Consulta Externa Urología Hospital San Juan de Dios.
 - Reducción de Listas de espera Consulta Externa Ortopedia Hospital San Juan de Dios.
 - Reducción de Listas de espera Oncología Hospital San Juan de Dios.
 - Reducción de Listas de espera Neurología Hospital San Juan de Dios.
 - Reducción de Listas de espera Ginecología Hospital San Juan de Dios.
 - Reducción de Listas de espera Gastroenterología Hospital San Juan de Dios.
 - Reducción de Listas de espera Cirugía General Hospital San Juan de Dios.
 - Reducción de Listas de espera Cardiología Hospital San Juan de Dios.
 - Reducción de Listas de espera Terapia Física Hospital San Juan de Dios.
 - Proyecto para la gestión presencial de las listas de espera consulta externa, Hospital San Vicente de Paúl.
 - Proyecto para la atención de listas de espera mediante la realización de jornadas de producción de ultrasonidos y lectura de TAC según demanda.
 - Reducción de la lista de espera del servicio de vascular periférico del Hospital San Rafael de Alajuela, mediante implementación de un programa de cirugía vespertina. Servicio de vascular periférico.
 - Reducción de la lista de espera del Servicio de Urología del Hospital San Rafael de Alajuela, mediante un programa de Cirugía Vespertina. Servicio Urología
 - Salud Visual Universal - Plan para la atención de la discapacidad visual 2018 – 2019 (proyecto de impacto nacional)
 - Proyecto Jornadas de Producción Consulta Externa Especializada, UTLE (Unidad Técnica de Lista de Espera).

4. Instruir a la Gerencia Financiera para que realice los trámites presupuestarios correspondientes, para brindar el contenido económico que permita ejecutar los proyectos de jornadas de producción aquí aprobados.

Asimismo, se instruye a la Gerencia de Logística para que, desde su ámbito de competencia, proceda con la adquisición de los insumos requeridos para la ejecución de los proyectos aprobados.

Se dispone agendar, para la sesión extraordinaria programada para el 23 de los corrientes la consideración de estos acuerdos, a la luz del criterio que emita la Dirección Jurídica (condición suspensiva para su firmeza).

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

ARTICULO 13°

Se dispone reprogramar, para la próxima sesión ordinaria, la presentación de los temas que se detallan:

D) Gerencia Médica: *para decisión.*

- a) **Oficio N° GM-SJD-29698-2017**, del 3-10-17: propuesta de alcance y modificación de cronograma para Proyecto Torre Hospital San Juan de Dios.
- b) ***Oficio N°GM-SJD-30307-2017, de fecha 11 de octubre del 2017. propuesta adjudicación compra directa 2017CD-000108-2104. Stents Coronarios Hospital México.***
- c) **Oficio N° GM-SJD-29576-2017**, de fecha 28 de setiembre de 2017: propuestas
 - ***Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia***, así como
 - ***Servicios hospitalarios diferenciados y amigables para personas adolescentes.***
- d) ***Oficio N° GM-SJD-28379-2017, fechado 09 de octubre del 2017: Informe de brechas de formación de médicos especialistas años 2017 y 2018.***
- e) **Beneficios para estudio: *oficio N° GM-SJD-29994-2017, fechado 09 de octubre del 2017:*** Licda. Yamileth Badilla Morales, Enfermera Hospital Nacional de Niños. Propuesta modificación de fecha de inicio y fin de ***Pasantía en Enfermería, en la Unidad de Cuidados Intensos Pediátricos y Cuidados Intensivos***, en el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez, en México, según lo acordado en el art. 12°, sesión N° 8907: ***permiso con goce del 01 al 30 de noviembre de 2017.***
- f) ***Asuntos informativos:***

- f.1) **Oficio N° GM-SJD-20608-2017**, de fecha 31 de marzo de 2017: presentación *Informe Programa de trasplante hepático y cirugía hepatobiliar*.
- f.2) **Oficio N° GM-SJD-23353-2017**, de fecha 29 de mayo de 2017: *informe avances estrategia de la Patología Cardiovascular*.
- f.3) **Oficio N° GM-SJD-23198-2017**, de fecha 29 de mayo de 2017: atención artículo 10°, sesión N° 8545 “*Informe del equipo del especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud*”: recomendación R76² (R.76): *informe análisis comportamiento de las hospitalizaciones evitables 1997-2016* (23°, 8586).
- f.4) **Oficio N° GM-SJD-23814-2017**, de fecha 12 de junio de 2017: *informe de -doble disponibilidad en Neurocirugía de los Hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia* (art. 38°, ses. N° 8549: se dio la autorización para que, a partir del mes en curso y hasta marzo del año 2012, en el caso Neurocirugía, en los Hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia, se realice doble disponibilidad).
- f.5) **Oficio N° GM-SJD-23815-2017**, de fecha 12 de junio de 2017: *informe de los medicamentos objeto de recursos de amparo* (art. 21°, ses. N° 8908; se atiende la moción de la Directora Alfaro Murillo).
- f.6) **Oficio N° GM-SJD-23816-2017**, de fecha 12 de junio de 2017: *informe sobre los avances institucionales relacionados con la Fertilización in Vitro*.
- f.7) **Oficio N° GM-SJD-23023-2017** de fecha 30 de junio de 2017: atención artículo 4° de la sesión N° 8904 del 11-05-2017: anexa *cuadro de resumen de cada uno de los asuntos a los cuales la Junta Directiva solicitó dar atención y las acciones desarrolladas en cada caso*.
- f.8) **Oficio N° GM-SJD-27051-2017** de fecha 8 de agosto de 2017: atención de lo acordado en el artículo 22°, sesión N° 8888 del 16-02-2017: *informe respecto del mamógrafo del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes*.
- f.9) **Oficio N°GM-SJD-29995-2017, de fecha 05 de octubre de 2017**: Informe Investigaciones Biomédicas realizadas en la CCSS durante los años 2012 al 2016. *Se distribuye para estudio y conocimiento en la próxima sesión (información solicitada por el Director Barrantes Muñoz)*.

² R.76. Estimar y divulgar públicamente las estadísticas pertinentes para conocer el desempeño actual de los servicios en materia de enfermedades y mortalidad prevenible.

f.10) Oficio N°GM-SJD-29993-2017 de fecha 04 de octubre del 2017: revisión Anual de la vigencia de las áreas establecidas como prioritarias. (art. 22, Sesión N° 8709, celebrada el 03-04-2014).

II) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: *asuntos para decisión:*

- a) **Oficio N° GIT-8555-2017**, de fecha 6 de setiembre de 2017: propuesta para la *actualización del “Portafolio de proyectos de inversión en infraestructura y tecnologías -Quinquenio-2018-2022”*.
- b) **Contratación administrativa: atención artículo 22°, sesión N° 8926 del 14-09-2017: presenta informe complementario en relación con:** propuesta adjudicación licitación pública N° 2017LN-0000031150: ítem único: *“Licenciamiento Institucional de Tecnologías Microsoft”*, a favor de la empresa SEGACORP de Costa Rica S.A., por un total de \$10,688,164,33 (Ref.: oficio N° GIT-8443-2017).
- c) **Oficio N° GIT-8289-2017** del 18 de agosto de 2017: atención artículo 26°, acuerdo segundo de la sesión N° 8844: *análisis sobre viabilidad de adquirir equipo médico por medio de leasing*.
- d) **Oficio N° GIT-8394-2017**, fechado 16 de agosto de 2017: presentación segundo informe estado de avance *Proyecto Fortalecimiento de la Arquitectura de la Plataforma Tecnológica Institucional (Centro de Datos)*.
- e) **Oficio N° GIT-8139-2017** del 1° de agosto de 2017: *informe de avance del Proyecto de Gobernanza y Gestión de las Tecnologías de Información y Comunicaciones en la CCSS. Se atiende solicitud del Director Barrantes Muñoz, punto 11.*
- f) **Oficio N° GIT-8661-2017** de fecha 18 de setiembre de 2017: atención artículo 6°, sesión N° 8926 del 14-09-17: informe de *avance proceso de donación de inmueble del Ministerio de Salud a la Caja, ubicado en la Comunidad de Quiriman de Nicoya*.
- g) **Oficio N° GIT-8792-2017**, de fecha 3 de octubre de 2017: informe resultado *evaluación de viviendas (utilizadas por cada Centro de Salud) propiedad de la CCSS, así como la ubicación, descripción del uso y estudios de condiciones físicas de cada inmueble (27°, 8617)*.
- h) **Oficio GIT-8822-2017**, de fecha 06 de octubre del 2017. *Componente 1 Plan de Implementación y Ejecución Integral del Proyecto de Reforzamiento Estructural del Edificio Laureano Echandi*, (art.6°, Ses. N° 8906).

III) Gerencia Administrativa: *para decisión.*

- a) **Oficio N° GA-42418-2017**, de fecha 24 de agosto de 2017: presentación *informe técnico-jurídico y propuestas en relación con los pluses salariales en:*
 - *Reconocimiento de Patólogos.*

- *Incentivo vivienda Médico Asistente Especialista Zona Rural.*
 - *Salario en especie y auxilio económico para la alimentación.*
- b) **Oficio N° GA-42482-2017**, de fecha 4 de setiembre de 2017: propuesta resolución ***recurso de reposición presentado por el señor Ronald Alvarado Brenes*** contra lo resuelto en el artículo 17°, sesión N° 8892, celebrada el 9 de marzo de 2017: respecto de copias gestionadas en cuanto al Convenio entre la Caja y Ministerio de Hacienda.
- c) **Gerencia Administrativa y Financiera: oficio N° GF-0876-2017/GA-42487-2017**, de fecha 4 de setiembre de 2017: atención artículo 6°, sesión N° 8890 del 23-02-2017: informe -análisis plus salarial de representación judicial, origen e implicaciones (ejercicio de la labor de representación judicial sin límite de suma de los abogados que son funcionarios de la CCSS).
- d) **Oficio N° GA-42147-2017**, de fecha 4 de julio de 2017: propuesta e informe de ***actualización y seguimiento sobre medidas cautelares en curso –separación del cargo con goce de salario en procedimientos administrativos –debidos procesos-*** (se atiende art. 11°, sesión N° 8840; el asunto se origina en solicitud hecha por Sindicato Nacional de Administradores de Servicios de Salud del Seguro Social /SINASSASS/; ya se le dio respuesta).

Asuntos informativos:

- i) **Oficio N° GA-42490-2017**, de fecha 5 de setiembre de 2017: ***informe de avances en los proyectos incluidos en la cartera “Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria”.***
- ii) **Oficio N° GA-42564-2017**, del 20 de setiembre de 2017: ***informe asignación, utilización y estado de las ambulancias*** (14°, 8926).
- iii) **Oficio N° GA-42098-2017**, de fecha 27 de junio de 2017: ***certificación otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la iniciativa Global EMT que clasifica al Equipo Médico de Emergencias de la CCSS como EMT nivel uno; EMT (Equipo Médico de Emergencia). Presentación.***
- iv) **Oficio N° GA-42409-2017**, de fecha 23 de agosto de 2017: atención artículo 30°, sesión N° 8878 del 8-12-2016: ***informe en relación con la puesta en marcha de la propuesta introducción de “Mecanismos alternos al procedimiento administrativo y disciplinario y/o patrimonial tramitados en la CCSS”.***

IV) Gerencia de Logística:

Contratación administrativa: para decisión:

- a) **Oficio N° GL-45969-2017, de fecha 12 de octubre, 2017. Propuesta adjudicación Licitación Pública No. 2015LN-000021-05101, ítem único:** Pruebas Determinantes Gases Arteriales a través de Compr@Red; monto estimado por adjudicar \$2.628.000,00.
- b) **Oficio N° GL-45971-2017, de fecha 12 de octubre, 2017. Propuesta adjudicación Compra Directa No. 2017-CD-000084-5101, ítem único, “Vacuna Combinada Toxoides Diftérico y Tetánico”,** a favor de Organización Panamericana de la Salud; monto total por adjudicar de \$1.268.590,00.
- c) **Oficio N° GL-45973-2017, de fecha 12 de octubre, 2017. Propuesta adjudicación Compra Directa No. 2017CD-000085-5101, ítem único: “Vacuna Neumocócica Conjugada 13-Valente”** a favor de Organización Panamericana de la Salud; total por adjudicar de \$1.605.469,00.
- d) **Asunto informativo: oficio N° GL-45964-2017, de fecha 11 de octubre del 2017. Informe relacionado con la denuncia formulada por la Asociación de Consumidores Libres (ACL). Procedimiento Concursal 2016LN-000039-05101. Objeto Contractual: Clavos Bloqueantes. Se propone distribuir para estudio y conocimiento en la próxima sesión ordinaria.**
- e) **Oficio N° GL-45.701-2017, de fecha 7 de agosto de 2017: propuesta reforma “Modelo de distribución de competencias en Contratación Administrativa y Facultades de adjudicación de la CCSS”, según se detalla:**
- Modificar los artículos 1, 2, 4 y 5 y establecer un Transitorio I.
 - En caso de requerirse modificaciones al citado MODICO (Modelo de Distribución de Competencias) respecto nomenclaturas u otros de carácter formal producto del proceso de reestructuración del nivel central, se delega en el Área de Regulación y Evaluación la modificación de los nombres respectivos.
- f) **Asuntos Informativos:**
- f.1 **Oficio N° GL-45.559-2017/DABS-01144-2017/ALDI-4364-2017 del 29-06-2017:** contiene resumen ejecutivo, en función de la *justificación de inventarios de la Unidad Programática 1144 Área Almacenamiento y Distribución (ALDI)*, que es trasladada a la Junta Directiva por medio de la nota N° PE-13671-2017 del 5-07-17, firmada por la Msc. Elena Bogantes Zúñiga, Asesora de la Presidencia Ejecutiva. *Se atiende la solicitud del Director Devandas Brenes.*
- f.2 **Oficio N° 53202, del 6 de julio de 2017, firmado por el Auditor Interno, sobre los hechos relacionados al Inventario y Suministros y Medicamentos 2016 a nivel institucional, así como la justificación de las diferentes (faltantes y sobrantes) de algunas bodegas del Área de Almacenamiento y Distribución.**

- f.3 UNDECA (Unión Nacional Empleados CCSS):** oficio N° SG-900-2017, del 9-8-17, firmado Srio. Gral.: solicita se le informe sobre denuncia presunta pérdida millonaria por faltante medicamentos.
- f.4 Oficio N° GL-45.651-2017,** de fecha 27 de julio de 2017: informe relacionado con la *“Metodología para la elaboración de Estudios de Razonabilidad de Precios en Procedimientos de Compra que tramita la CCSS” (se atiende lo solicitado en el art. 5°, sesión N° 8896, así como la solicitud del Director Loría Chaves -punto d.4-).*
- f.5 Oficio N° GL-45.366-2017,** fechado 18-5-2017: atención artículo 21°, sesión N° 8809 del 05-11-2015: informe en relación con las *causas por las que se debió recurrirse a la modificación contractual, en el caso del renglón uno (01) de la licitación pública N° 2010LN-000005-1142: adquisición de pruebas efectivas automatizadas para la identificación de microorganismos y de sensibilidad a los antibióticos (PSA) controles (cepas ATCC) e insumos, código 2-88-16-0225.*
- f.6 Oficio N° GL-45.426-2017,** de fecha 14 de junio de 2017: informe en relación con el *consumo del catéter intravenoso número 22 G x 2.54 cm., código 2-03-01-0997 (art. 13°, Ses. N° 8849).*
- f.7 Oficio N° GL-45.511-2017,** de fecha 4 de julio de 2017: informe sobre el **análisis del proyecto de la UNOPS denominado “Evaluación independiente de eficiencia en la contratación pública para la CCSS”;** solicitado en el artículo 17°, sesión N° 8841.
- f.8 Oficio N° GL-45.465-2017** de fecha 1° de agosto de 2017: atención artículo 29°, sesión N° 8901 del 27-04-2017: *informe sobre situación actual del Área de Laboratorio Óptico;* limitación espacio físico y recurso humano.

V) Gerencia Financiera: para decisión.

- a) Oficio N° GF-3431-2017 del 27-09-2017: externa criterio texto sustitutivo:**
Proyecto de ley en consulta: oficio N° PE-14498-2017 del 21-9-17: consulta legislativa en relación con el Expediente N° 19130, Proyecto *“REFORMA DE LOS ARTÍCULOS 88, 89, 90, 92, 94, 95, 97 y 139 DE LA LEY ORGÁNICA DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL N°1860 Y SUS REFORMAS, 116 DE LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL N°7333, 101 DEL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, 271, 272, 309, 310, 311,312, 314,315,397,398, 401, 419 PÁRRAFO SEGUNDO, 430 INCISO 7), 669 Y 679 PÁRRAFO PRIMERO DEL CÓDIGO DE TRABAJO LEY N°2, DE 27 DE AGOSTO DE 1943 Y SUS REFORMAS Y SE ADICIONA UNA NUEVA SECCIÓN II Y UN ARTÍCULO 681 BIS AL CAPÍTULO XV DEL TÍTULO X DE DICHO CUERPO NORMATIVO. CREASE UN APARTADO DE TRANSITORIOS I Y II.*
- b) Oficio N° GF-3225-2017,** del 1° de setiembre de 2017: propuesta revaluación del monto de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la Caja: II Semestre del 2016 y I Semestre del 2017.

- c) *Dictámenes referentes a apelaciones patronos: oficios de fecha 30 de agosto del 2017: contienen el análisis, la recomendación y la propuesta de acuerdo de la Comisión Asesora de Cierre de Negocios (se consigna listado en el Anexo I).*
- d) **Oficio N° GF-1779-2017**, del 26 de mayo de 2017: presentación a cargo de la firma Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos (Auditoría Externa) de los *Estados Financieros Auditados al 31 de diciembre del 2016.*

Asuntos informativos:

- e) **Oficio N° GF-3102-2017**, de fecha 29 de agosto de 2017: Gerencia Financiera, Gerencia de Pensiones y Dirección Jurídica: informe sobre el procedimiento de pago de la pensión complementaria del **Fondo de Retiro (FRE)**; se complementa con la nota de la Dirección Jurídica N° DJ-5017-2017 (*art. 15º, Ses. N° 8922 del 17-8-17*).
- f) **Oficio N° GF-2923-2017**, de fecha 8 de agosto de 2017: *informe de morosidad patronal, trabajador independiente y Estado al II trimestre-2017.*

VI) Gerencia de Pensiones:

- a) *Para decisión:* se presentan en atención a: disposición 4.1, inciso a) informe de la Contraloría DFOE-SOC-35-2008; artículo 2º, Acuerdo primero, sesión N° 8288 y artículo 23º, sesión N° 8245:
- a.1 **N° GP-51313-2017 del 4-8-17: Estados financieros auditados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de diciembre del 2016.**
- a.2 **N° GP-51314-2017 del 4-8-17: Estados financieros auditados del Régimen no Contributivo de Pensiones al 31 de diciembre del 2016.**

b) Asuntos informativos:

- b.1 **Oficio N° GP-51.244-2017 del 7-8-17: Informe de las inversiones** del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte correspondiente al II Trimestre del 2017; se presenta según lo dispuesto en el artículo 8º, inciso d) del Reglamento para la Inversión de las Reservas del Seguro de IVM.
- b.2 *Oficio N°GP-52426-2017 del 27 de setiembre del 2017: Informe Perfil de Pensiones por Invalidez que se están concediendo en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte* (artículo 16º, sesión N° 8908).

VII) Presidencia Ejecutiva:

Fijación fecha para recibir a la Defensora de los Habitantes, que solicitó audiencia para tratar el tema del aseguramiento en la Institución.

VIII) Proposiciones y asuntos por presentar por parte del señor Presidente Ejecutivo, entre otros:

- a) **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.*
- b) **Oficio N° P.E. 25.921-2015** de fecha 20 de abril de 2015: propuesta readecuación e integrada del “*Proyecto de Desarrollo Integral de las Funciones Estratégicas de Recursos Humanos en la CCSS*”. (Art.-8°, Ses. N° 8794 del 17-08-2015).
- c) **En el oficio N° DPI-554-16 fechado 20 de diciembre-2016: solicita retiro del oficio N° DPI-186-16**, del 8-01-2016 que contiene el informe ejecutivo del IGIS “*Índice de gestión Institucional período 2013-2015*”, con el fin de presentar el informe integrado del período 2013-2016 en febrero-2017 (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

IX) Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.

Anotación: *el 2-5-17 y el 16-6-17 la Sría. Junta Directiva remitió recordatorios a los Sres. y Sras. Gerentes, a quienes se pidió rendir los informes.*

A) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:

- 1) Que conocida la propuesta de Modelo Integral de Riesgos y su mapa de ruta, dado que el calendario de ésta es a dos años plazo, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley de Control Interno, se solicite a todas las Gerencias institucionales la presentación a la Junta Directiva de los planes actuales de gestión de riesgos correspondientes a las áreas a su cargo. Plazo: un mes.
Nota: *mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.007, la Secretaria Junta Directiva solicita a todas las Gerencias atender este asunto.*
- 2) Reiterar lo solicitado en relación con el oficio N° GL-43.704-206 sobre Proyecto de Evaluación independiente sobre la eficiencia en los procesos de contratación pública de medicamentos de la CCSS. Pendiente de presentar a Junta Directiva conforme se solicitó mediante el oficio N° 68310 de fecha 29-11-16.
Nota: *mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.008, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente de Logística atender este asunto.*
- 3) Revisión de la situación actual del régimen de cesantía en la CCSS previo análisis de legalidad del acuerdo adoptado por la Junta Directiva, de su ajuste con la equidad y de su impacto financiero, a fin de resolver conforme con el objetivo de la sostenibilidad institucional. Fijar plazo al informe solicitado en el oficio N° 60.651 emitido por la Presidencia Ejecutiva y dirigido al Gerente Administrativo el 10-10-2016.

Nota: mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.009, la Secretaria Junta Directiva solicita al Gerente Administrativo atender este asunto.

- 4) A fin de que se establezcan y ejecuten las acciones necesarias que garanticen que las bases de datos EDUS, SICERE y cualesquiera otra en la CCSS cumplan con la protección que exige la Ley de protección de datos personales, se solicite presentar de inmediato el informe unificado solicitado a la Gerencias Médica, Financiera, de Infraestructura y Tecnologías (oficio 68.307) con plazo para enero de 2017.

Nota: mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.010, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico, al Gerente Financiero y a la Gerente de Infraestructura y Tecnologías atender este asunto.

- 5) Reiterar 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.

Nota: mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.011, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.

- 6) Solicitud información en cuanto a investigación biomédica en la Caja:

- 6.2) Se reitera lo solicitado: oficio N° GM-SJD-23780-16 de fecha 22 de diciembre de 2016: presentación informe en relación con la creación de una unidad de investigación biomédica; la doctora Villalta Bonilla aclara que se está haciendo revisión y actualización, de manera que se presentará la información actualizada en una próxima sesión (Ref.: 17°, 8907).

Notas:

- ***Mediante el oficio del 3-7-17, N° 53.012, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.***
- ***En artículo 2º, sesión N° 8921 del 10-8-17, la JD acogió la propuesta del Director Barrantes Muñoz y solicitó a la Auditoría el estudio pertinente.***
- ***Por medio del correo electrónico del 1-9-17, la Lida. Ana María Coto Jiménez, Asesora Gerencia Médica, informa que este asunto será presentado en la segunda sesión de setiembre del año 2017.***
- ***Mediante el oficio N° 53825 del 21-9-17 el señor Auditor se dirige a la Gerente Médico y le remite la información recopilada por la Auditoría en atención a lo acordado en el art. 2º, sesión N° 8921 y plantea las recomendaciones pertinentes.***

- 6.2 Que la Gerencia Médica presente a la Junta Directiva, en un plazo no mayor de un mes, un informe con el detalle de todas las investigaciones biomédicas realizadas en la CCSS durante los cinco años, que van del 2012 al 2016.

Notas:

- o ***Mediante el oficio del 14-9-17, número 53.540, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.***

- ***Por medio el oficio GM-SJD-29995-2017, fechado 5 de octubre de 2017 la Gerencia Médica presenta el informe; tema incluido en la agenda de la sesión del 12-10-87.***

7) Presentación de informe actuarial del SEM (Seguro de Salud) atendiendo las observaciones planteadas en la Junta Directiva, a efecto de valorar sostenibilidad financiera institucional, según lo resuelto por la Junta Directiva.

Nota: mediante el oficio del 4-7-17, N° 53.017, la Secretaria Junta Directiva solicita al Gerente Financiero atender este asunto.

En el artículo 4° de la sesión número 8923 del 24-8-17 se reiteró la solicitud a la Dirección Actuarial y se le pidió que en 15 días presente el informe a la Junta Directiva.

8) Se reitera solicitud presentación, por parte de la Gerencia Médica, del estudio solicitado por la Junta Directiva, en cuanto al aprovechamiento de capacidad instalada en unidades hospitalarias de la Caja Costarricense de Seguro Social, a efecto de precisar estrategias y acciones sostenibles para disminución y adecuado manejo de las listas de espera.

Notas:

- ***Mediante el oficio del 4-7-17, N° 53.013, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.***

- ***Por medio del correo electrónico del 1-9-17, la Lida. Ana María Coto Jiménez, Asesora Gerencia Médica, informa que este asunto será presentado en la segunda de setiembre del año 2017.***

9) Que la Gerente Médica presente a la Junta Directiva, en un plazo de 22 días, la evaluación detallada de los resultados e impacto de todas los proyectos de jornadas extraordinarias presentadas por esa Gerencia, aprobadas por la Junta Directiva para diversas unidades médicas hospitalarias para disminuir listas de espera quirúrgicas y la relación de costo beneficio de los resultados.

Nota: mediante el oficio del 14-9-17, número 53.541 la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente Médico atender este asunto.

10) Solicitar a la Gerencia Financiera el informe pedido en el oficio N°60.649 de fecha 10 de octubre de 2016: informe general sobre situación actual de adeudos del Estado con la CCSS, considerando la situación del crédito con el Banco y propuestas de estrategias de cobro y recuperación de los ítemes adeudados.

Nota: mediante el oficio del 4-7-17, N° 53.014, la Secretaria Junta Directiva solicita al Gerente Financiero atender este asunto.

11) Solicitar a la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, en seguimiento del oficio TIC-0696-2016, la presentación a la Junta Directiva en un plazo no mayor de 15 días, de un informe de gestión de la Dirección de Tecnologías de Información sobre el avance del Proyecto de Gobernanza y Gestión de las TIC.

Notas:

- ***Mediante el oficio del 4-7-17, N° 53.016, la Secretaria Junta Directiva solicita a la Gerente de Infraestructura y Tecnologías atender este asunto.***

- **Se presenta el oficio N° GIT-8139-2017** del 1-08-2017 que, contiene el informe de avance del proyecto citado.

12) **Oficios números ETAH-024-6-17** del 26-6-17-7-17 y **ETAH-041-09-17** del 07-09-17: informes remitidos por el Dr. Francisco Cubillo, Coordinador del ETAH (Equipo técnico de apoyo hospitalario); **situación actual del ETAH**; el Dr. Cubillo Martínez y el Lic. José Vicente Arguedas Mora se jubilan el 29-9-17.

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

b.1 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.2 Modelo de Servicio.

b.3 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.

Anotaciones:

- El Director Gutiérrez Jiménez reitera el apoyo y hace suyas las solicitudes del Director Barrantes Muñoz que se consignan en los puntos 1, 3, 4, 7, 8 y 10. En el caso del apartado 9), referente al *informe general sobre situación actual de adeudos del Estado con la CCSS, considerando la situación del crédito con el Banco y propuestas de estrategias de cobro y recuperación de los ítemes adeudados*, solicita que se adicione las deudas por superávit de las empresas del Estado relacionadas con el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.
- Por medio del oficio N° 53.111 del 31-7-17, la Sría. de Junta Directiva solicita al Gerente de Pensiones la atención de lo gestionado en cuanto a artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.

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.

Moción N° 2:

Informe de la Gerencia de Logística y de la Auditoría, en relación con inventarios en Almacén General.

Nota: en el capítulo de la Gerencia de Logística se contempla el informe visible en *el oficio N° PE-13671-2017 del 5-07-17: anexa nota N° GL-45.559-2017/DABS-01144-2017/ALDI-4364-2017 del 29-06-2017: que contiene el resumen ejecutivo, en función a la justificación de inventarios de la Unidad Programática 1144 Área Almacenamiento y Distribución (ALDI).*

D) Planteamiento Director Loría Chaves:

- d.1.** Clasificación del Área de Salud de Goicoechea 2, en resguardo de los acuerdos de Junta Directiva.
- d.2.** Conocimiento del protocolo de readaptación laboral aprobado por la Gerencia y sus impactos.
- d.3** Revisión del artículo 9° de la sesión N° 6527 del 6 de octubre de 1988, que otorga beneficios a los instructores del CENDEISS.
- d.4** Revisión de la política para establecer la razonabilidad de precios.

Anotación:

- i) En el artículo 5° de la sesión N° 8896 del 23-3-17, se solicitó a todas las Gerencias bajo la coordinación de la Gerencia de Logística una revisión del asunto, en razón de planteamientos recibidos por parte de organizaciones y grupos trabajadores de la CCSS; ya se hizo recordatorio a Gerencia Logística sobre el particular.
- ii) En el capítulo de la Gerencia de Logística se contempla el oficio de la Gerencia de Logística N° *GL-45.651-2017 del 27-07-2017, que contiene el informe en relación con la Metodología para la Elaboración de Estudios de Razonabilidad de Precios en Procedimiento de Compra que tramita la CCSS.*

E) Puestos confianza Junta Directiva.**X) PROYECTO DE REESTRUCTURACIÓN ORGANIZACIONAL DEL NIVEL CENTRAL:**

Oficio N° GA-42549-2017 del 14-9-17, firmado por Gerente Administrativo: contratación de servicios de consultoría entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la empresa *Ernst & Young*, Proyecto de reestructuración organizacional del Nivel Central, según lo solicitado en la sesión N° 8926 del 14-9-17.

ANEXO I

Para decisión: dictámenes referentes a apelaciones patrono que contienen el análisis, la recomendación y la propuesta de acuerdo de la Comisión Asesora de Cierre de Negocios:

A) Oficios de fecha 30 de agosto del 2017:

- 1) **Oficio N° GF-3188-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono GERMAN ARAYA SÁNCHEZ.
- 2) **Oficio N° GF-3189-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono FUNDACION COLEGIO BILINGÜE INTERNACIONAL.
- 3) **Oficio N° GF-3190-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono SERVICIO AUTOMOTRIZ PEDRO VARGAS Y ASOCIADOS S.A.
- 4) **Oficio N° GF-3191-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y prescripción patrono CENTRO ESBELTA LIMITADA.
- 5) **Oficio N° GF-3192-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono DISTRIBUIDORA DE MOBILIDARIO Y EQUIPO BRENES Y UMAÑA S.A.
- 6) **Oficio N° GF-3193-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación nulidad patrono DISTRIBUIDORA RASCALA LIMITADA.
- 7) **Oficio N° GF-3194-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono PROCESADORA DE CARNES SAN JOSE PCSJ S.A.
- 8) **Oficio N° GF-3195-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono UP SERVICES COSTA RICA S.A.
- 9) **Oficio N° GF-3196-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono CENTRAL HELADERA DIAZ S.A.
- 10) **Oficio N° GF-3197-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono COLEGIO BOSTON DE NEGOCIOS S.A.
- 11) **Oficio N° GF-3198-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono COLEGIO BOSTON DE BELÉN S.A.
- 12) **Oficio N° GF-3199-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono COLEGIO BOSTON DE ALAJUELA S.A.

- 13) **Oficio N° GF-3200-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono COMERCIALIZADORA DEL ORO DELO S.A.
 - 14) **Oficio N° GF-3201-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono CORPORACION ANDREA DE CENTRO AMÉRICA S.A.
 - 15) **Oficio N° GF-3202-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono GENERACIÓN BOSTON S.A.
 - 16) **Oficio N° GF-3203-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono INVERSIONES DE LA FUENTE VÍQUEZ S.A.
 - 17) **Oficio N° GF-3204-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono JOSE LUIS CHAVARRIA VARGAS.
 - 18) **Oficio N° GF-3205-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono MUEBLES MODULARES ALBERTY S.A.
 - 19) **Oficio N° GF-3206-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono SERVICIOS DE PANIFICACIÓN EL TRÉBOL S.A.
- b) *Oficios de fecha 20 de setiembre del 2017:*
- 20) **Oficio N° GF-3372-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono RICAMAR DEL GOLFO S.A.
 - 21) **Oficio N° GF-3373-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN S.A.
 - 22) **Oficio N° GF-3374-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN EL TRÉBOL S.A.
 - 23) **Oficio N° GF-3375-2017:** dictamen en cuanto al recurso y nulidad patrono COLEGIOS SUPERIORES DE COSTA RICA SANTA CECILIA S.A.
 - 24) **Oficio N° GF-3377-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono INDUSTRIAS BRAVO METROPOLITANAS A C C S.A.
 - 25) **Oficio N° GF-3378-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono VILLEGAS Y ROBLES DE LA FORTUNA S.A.

- 26) Oficio N° GF-3379-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación e incidente por actividad procesal defectuosa y la excepción de prescripción patrono IMPRENTA LITOGRAFÍA FAROGA S.A.
- 27) Oficio N° GF-3380-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO FORESTALES S.A.
- 28) Oficio N° GF-3381-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono SPRING POSTAL S.A.
- 29) Oficio N° GF-3382-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono TECNOCONSULT S.A.
- 30) Oficio N° GF-3383-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación y nulidad patrono PORTO FIORE S.A.
- 31) Oficio N° GF-3384-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono ASOCIACIÓN CONSEJO PARA LA PROMOCIÓN INTERNACIONAL DE LA MEDICINA DE COSTA RICA PROMED.
- 32) Oficio N° GF-3385-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono RESTAURANTE BUFALO S.A.
- 33) Oficio N° GF-3386-2017:** dictamen en cuanto al recurso de apelación patrono LA MATA DE TABACO S.A.

A las diecisiete horas con cuarenta y cinco minutos se levanta la sesión.