

**JUNTA DIRECTIVA
RESUMEN ASUNTOS RELEVANTES
SESIÓN DEL 9 DE MAYO DEL AÑO 2013**

I) Se tiene a la vista el oficio número 04093 (DFOE-SD-0687) de fecha 26 de abril del año 2013, que en adelante se transcribe, que firma el Lic. Francisco Hernández Herrera, Asistente Técnico del Área de Seguimiento de Disposiciones de la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa, Contraloría General de la República, mediante el cual atiende la solicitud de prórroga para el cumplimiento de la disposición e) del aparte 4 del Informe N° DFOE-EC-IF-04-2012:

“Con la solicitud de que lo haga del conocimiento de la Junta Directiva en la próxima sesión, posterior al recibo del presente oficio, me refiero a su oficio No. 23.367 de fecha 16 de abril de 2013, mediante el cual comunica que la Junta Directiva de la CCSS, según acuerdo firme del artículo 7°, correspondiente a la sesión 8634 celebrada el 9 de abril de 2013, solicita una ampliación de plazo para el cumplimiento de la disposición e)¹ del aparte 4 del informe DFOE-EC-IF-04-2012, sobre los resultados del estudio efectuado en la Caja Costarricense del Seguro Social relacionado con la administración de los recursos financieros del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte por parte de la Gerencia de Pensiones de esa Institución.

Sobre el particular, tomando en consideración los argumentos expuestos en el oficio antes citado, y en el entendido de que ese órgano colegiado adoptará dentro del plazo adicional solicitado, las previsiones para el cumplimiento a satisfacción de la disposición en comentario; esta Área de Seguimiento de Disposiciones le concede la prórroga solicitada, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento de la disposición e) es el 30 de julio de 2013”,

y **se acuerda** tomar nota y hacerlo del conocimiento de la Gerencia de Pensiones, de manera que se atienda la disposición en referencia con antelación al plazo concedido.

¹ *"e) Girar las instrucciones necesarias a la Gerencia de Pensiones para que se realice un estudio de costo-beneficio y se valore la conveniencia o no para la Institución de seguir manteniendo la administración de la cartera hipotecaria de créditos. El estudio y un cronograma de las acciones, responsables y plazos para su implementación, debe ser presentado a esa Junta Directiva en un plazo máximo de 90 días hábiles, a efecto de que ese órgano la apruebe y oficialice. Sobre el particular, se le solicita remitir a esta Contraloría General, en un plazo no mayor de 30 días hábiles, una certificación del acuerdo tomado por esa Junta Directiva en el cual consten las instrucciones giradas y los responsables de su cumplimiento; y en un plazo máximo de 130 días hábiles remitir certificación del acuerdo en el que se conoce el estudio de costo beneficio y se apruebe y oficialice el cronograma de las acciones, con los responsables y plazos para su implementación. Los últimos dos plazos citados rigen a partir de la recepción del presente informe. (Ver apartado 2.3 de este informe)”*.

II) Se conoce el oficio número AESS.253/2013-04 de fecha 26 de abril del año 2013, suscrito por los señores Víctor Bolaños Argüello, Secretario Organización, y Henry Rodríguez González, Secretario Finanzas de la Asociación de Empleados del Seguro Social, dirigido a la Junta Directiva, al Presidente Ejecutivo y al Cuerpo Gerencial de la Caja, en el que manifiestan que sus representantes anteriores en los años 40 lucharon por la extensión del seguro social a más clases laborales; en los 50's idealizaron la creación del FRAP; en los 60's compartieron la universalización y traspaso; en los 70 finales fueron motores para establecer arreglos a manera de convenios para armonizar las relaciones obrero patronales; en los años 80's fueron gestores de la realización de 5 talleres de análisis estructural, administrativo y financiero de la CCSS (mencionan otras actividades); desde los 90' s en conjunto con la Unión Médica Nacional, SIPROCIMECA y ANPE, se avocaron a un estudio profundo del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). Presentan la tesis que han sostenido por años, que fue discutida en la *“Concertación Nacional del expresidente Rodríguez Echeverría”* y en la negociación de representantes institucionales, sociedad civil y sindicatos en la Conferencia Episcopal. Señalan una serie de planteamientos relativos al Régimen de Pensiones de la Caja y consideran que toda reforma debe ser inclusiva y de atractivo para sus contribuyentes, dotándolos de un beneficio sustancial que les garantice una vida digna y en una edad realmente vivible y disfrutable, y **se acuerda** trasladarlo a la Gerencia de Pensiones, para lo correspondiente.

III) **Se toma nota** de la copia del oficio número DPI-206-13 de fecha 2 de mayo del año 2013, suscrita por el Director de Planificación Institucional, dirigida a la Gerente Médico, a la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, la Gerente de Logística, al Gerente Administrativo y al Gerente Financiero, mediante la cual emite recordatorio de vencimiento de los plazos establecidos por la Junta Directiva respecto de la atención del Informe del Equipo de Especialistas.

IV) **PROGRAMA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS:**

Se acuerda aprobar a favor de las doctoras Rosa María Cascante Vega, Farmacéutica III, y Adriana Venegas Oses, Farmacéutica III, del Hospital México, beca -según en adelante se detalla- para que realicen una Pasantía en Farmacia Oncológica, en el Hospital Reina Sofía de Córdoba y en Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, España:

- a) Permiso con goce de salario del 14 de mayo al 16 de noviembre del año 2013, que se aprueba en el entendido de que no se hará la sustitución de las citadas profesionales.
- b) La suma mensual que asciende €1.400 (mil cuatrocientos euros) correspondientes a US\$1.821.02 (mil ochocientos veintiún dólares con **dos centavos**), durante el período de estudios, para cada una de las becarias.

- c) Pago de transporte que asciende a US\$885 (ochocientos ochenta y cinco dólares), para cada una.
- d) Pago de seguro médico por la suma de US\$400 (cuatrocientos dólares) para cada una.

V) PROYECTOS DE LEY:

A) Se tiene a la vista la comunicación del 16 de abril en curso, suscrita por el licenciado Víctor Emilio Granados Calvo, Presidente de la Asamblea Legislativa, por medio de la que remite, para consideración, el trabajo final de la mesa de negociación sobre el **Expediente N° 17.777, Proyecto “Ley reguladora de la investigación biomédica”**, y agradece que se verifique que las consideración planteadas se encuentren en el citado Proyecto.

Se recibe el oficio número GM-2247-8 del 30 de abril del año en curso, que firma el Gerente Administrativo a cargo de la Gerencia Médica, en que solicita una prórroga de 13 (trece) días hábiles, para externar criterio, y **se acuerda** solicitar a la Comisión consultante un plazo de trece días hábiles más para responder.

Lo anterior, en vista lo planteado por la Gerencia Médica, en el oficio en referencia, en los siguientes términos:

1. *“Se requiere de período de tiempo que permita contar con de criterio de la Dirección Jurídica*
2. *Abundancia del Material (83 páginas)*
3. *Se trata de un tema sensible*
4. *Requiere de un análisis minucioso, debido a que la regulación anterior había sido declarado Inconstitucional.*
5. *Es primordial la consolidación de la Información por parte de esta Gerencia”.*

B) Se presenta la nota número CG-540-2013, que firma la Jefa de Área de la Comisión de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa, por medio del que comunica que, con instrucción del Diputado Edgardo Araya Pineda, Presidente de la Comisión de Gobierno y Administración, se solicita el criterio, en relación con el **expediente 18.665, Proyecto Ley para la atención integral de la infertilidad.**

Se tiene a la vista el criterio vertido por la Gerencia Médica, en el oficio número GM-2257-8 de fecha 6 de mayo en curso, cuyo documento anexo que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“OBJETIVO DEL PROYECTO:

El objetivo principal es promulgar una política de atención integral de la fertilidad desde el Ministerio de Salud, a efecto de que los sistemas de diagnóstico y tratamiento cuenten con un modelo integrado y multidisciplinario de atención para todas las parejas que sufran de infertilidad.

Propone crear un órgano desconcentrado con personería jurídica instrumental denominado Sistema Nacional para la Atención de la Infertilidad (Sinainf), perteneciente al Ministerio de Salud y coordinado por un Consejo Nacional para la Atención de la Infertilidad (Conainf), mediante los cuales se crearan unidades de infertilidad. Este Consejo coordinará la implementación de la política aquí propuesta con las instituciones del sector salud, en especial con la Caja.

El proyecto de ley 18.665 está organizado en cinco capítulos, 24 artículos y tres transitorios. Fue presentado por 29 diputados el 13 de diciembre de 2012 y pasó a estudio por parte de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.

El 10 de abril de 2013, la Sra. Rosa María Vega Campos, Jefa del Área de la Comisión de Gobierno y Administración, con instrucción del Diputado Edgardo Araya Pineda, Presidente de dicha Comisión, solicita el criterio de la CCSS con respecto a este proyecto.

ANTECEDENTES

- UNESCO. Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, del 11 de noviembre de 1997.
- UNESCO. Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras, del 12 de noviembre de 1997.
- UNESCO. Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos, del 16 de octubre de 2003.
- UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, del 19 de octubre de 2005.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre la Clonación Humana, del 8 de marzo de 2005.
- Legislación nacional (directa y conexas).

CRITERIO DIRECCION JURIDICA:

Mediante oficio DJ-2522-2013 de fecha 19 de abril, 2013, manifiesta la Dirección Jurídica lo siguiente:

“(…) Como logramos observar de lo arriba comentado y citado, el proyecto de ley en estudio involucra a la Caja y dispone para ella la obligación de acogerse a los lineamientos de la política nacional para la infertilidad que establezca el Ministerio de Salud.

No obstante, debemos de recordar que la Caja goza de un grado autonomía superior en la administración y gobierno de los seguros sociales, la cual no puede ser modificada por el legislador ordinario.

Así lo ha reconocido la Procuraduría General de la República, al señalar que “(…) la legislación no puede restar o disminuir a los entes autónomos aquellas potestades administrativas que les son necesarias para cumplir su correspondiente finalidad específica. Además, de conformidad con la propia Constitución, la Asamblea Legislativa está imposibilitada para disponer que otros órganos (incluyendo por supuesto al Poder Ejecutivo) o entes, intervengan o afecten la independencia administrativa de la institución autónoma, dentro de lo cual está, como se indicó, la potestad de disponer de sus servidores.”

En particular para la Caja se ha dicho:

“(…)“...nuestra Carta Política ha dotado a la Caja Costarricense de Seguro Social con un grado de autonomía distinto y superior al que ostentan la mayoría de los entes autárquicos descentralizados, para independizarla así del Poder Ejecutivo y frente a la propia Asamblea Legislativa; esto último implica una serie de limitaciones a la potestad de legislar, dado que la ley deberá siempre respetar el contenido mínimo de la autonomía reconocida a la Caja Costarricense de Seguro Social en materia de seguridad social (...).”

Ahora bien, siendo que la Caja tiene a su cargo la prestación de servicios públicos en salud, que se traducen en “(…) instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas (debe entenderse) *que* la autonomía de gobierno reconocida constitucionalmente a la Caja para la administración de los seguros sociales, abarca también la prestación de los servicios de salud, financiados en su mayor parte con dichas contribuciones, **por lo que la forma en que se estructure la prestación de dicho servicio, así como las medidas que adopte la Caja para satisfacer las demandas de los usuarios, son temas que quedan cubiertos por su capacidad de auto organización.**” Destacado corresponde al original.

Bajo esa tesis, “(…) la Asamblea Legislativa no pueda legislar en relación con la Caja Costarricense de Seguro Social como institución, sino que la sustracción competencial que constitucionalmente se infiere, se relaciona con la administración y el gobierno de los seguros sociales a su cargo, núcleo central de su especial autonomía y en virtud del cual ningún órgano o ente externo puede intervenir en esa esfera. Es por ello que el legislador podría intervenir únicamente en los campos donde la Caja sólo cuenta con autonomía administrativa, que son

aquellos que no incluyen el régimen de la seguridad social a su cargo. / En virtud de lo expuesto, la única posibilidad de realizar una intervención a la Caja en materia de seguridad social, sería que la propia Constitución lo autorice, a través de la reforma correspondiente.”

Esto en razón a que la “(...) Constitución no ha sometido esa autonomía a la ley y, en consecuencia, no puede el legislador sujetar dicho ente a los planes o lineamientos elaborados por el Poder Ejecutivo. Ello implica que **la Caja es libre de fijar sus propias políticas, planes de acción**, sin que la planificación estatal le resulte aplicable.”

Tal afirmación resulta aplicable aún y cuando se trate sobre la facultad del Ministerio de Salud de ejercer el poder de policía en salud.

Al respecto, tomemos en cuenta que “(...) la responsabilidad del Estado, a través del Ministerio de Salud, no consiste en prestar directamente a cada persona servicios de salud, sino de regular y fiscalizar el cumplimiento de condiciones técnicas, profesionales, higiénicas en orden a las prestaciones de salud que proporcionan diversas entidades públicas o privadas.

De lo anterior se desprende que la competencia asignada a la Caja es incompatible con la dirección o imposición de límites que pretenda imponerle otro órgano o ente; es decir, constitucionalmente se protege a la Institución de que entes u órganos externos puedan intervenir en la definición de las políticas, planes, proyectos, condiciones, beneficios, requisitos u otros aspectos propios de la administración y gobierno del seguro social.

Tal disposición es incluso contemplada en una norma legal.

Al respecto, la Ley Constitutiva de la Caja estatuye:

“La institución creada para aplicar los seguros sociales obligatorios se llamará Caja Costarricense de Seguro Social y, para los efectos de esta ley y sus reglamentos, Caja. La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y administración de los seguros sociales. Los fondos y las reservas de estos seguros no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente. Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas de Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos y reservas.”

De ese modo, queda claro que hay una imposibilidad de someter a la Caja a políticas o directrices del Poder Ejecutivo, motivo por el cual se recomienda rechazar la aprobación del proyecto aquí estudiado.

Por otra parte, importa recordar cuál es el ámbito de competencia de la Caja.

De acuerdo con lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a esta entidad le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

“(...) el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población.”

En ese sentido, entendemos que la competencia de la CCSS en el ámbito de la salud, está referida a la prestación de servicios médicos, orientada principalmente a “(...) brindar atención integral en salud al individuo, la familia y la comunidad, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

Por tal motivo, el ámbito de competencias de la Caja está distribuido en tres diferentes regímenes, a saber, el régimen del Seguro de Salud, el de Invalidez, Vejez y Muerte, y el del No Contributivo.”

Así lo ha expuesto la Sala Constitucional al indicar:

“Sobre el derecho a la salud y el sistema costarricense de seguridad social. (...), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población.

El constituyente atribuyó la administración y gobierno de los seguros sociales a la Caja Costarricense de Seguro Social, como institución autónoma creada por la misma Constitución Política, con las especiales características que ella misma le ha otorgado y compartiendo los principios generales derivados de su condición de ente descentralizado. Según se indicó anteriormente, la Caja Costarricense de Seguro Social encuentra su garantía de existencia en el

artículo 73 constitucional, con las siguientes particularidades : a) el sistema que le da soporte es el de la solidaridad, creándose un sistema de contribución forzosa tripartita del Estado, los patronos y los trabajadores; b) la norma le concede, en forma exclusiva a la Caja Costarricense de Seguro Social, la administración y gobierno de los seguros sociales, grado de autonomía que es, desde luego, distinto y superior al que se define en forma general en el artículo 188 de la Constitución Política; c) los fondos y las reservas de los seguros sociales no pueden ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a su cometido. Esto exige reconocer, y afirmar, que la prestación de efectivo auxilio médico a todos los ciudadanos, es un deber del Estado costarricense, derivado de los conceptos de justicia y solidaridad que impregnan al régimen de seguridad social contenido en la Constitución Política, y de la misión que ésta le encomienda a la Caja Costarricense de Seguro Social.” Destacado no corresponde al original.

Conforme a lo arriba expuesto, nos queda claro que la atención médica integral, dentro de la cual incluimos problemas de infertilidad, forma parte de las competencias constitucionales asignadas a la Caja por lo que la intención del legislador de trasladar esa competencia al Sinainf transgrede las disposiciones constitucionales ya expuestas, toda vez que el diagnóstico y tratamiento que se realice en la Caja o que incluya a asegurados que se encuentren a cargo de la Institución, corresponde en primera instancia a esta.

Así las cosas, con base en las facultades y autonomía que la Constitución Política le otorga a la Caja mediante su artículo 73, esta Dirección estima conveniente manifestar el rechazo al proyecto aquí comentado, toda vez que interfiere en las competencias asignadas constitucional y legalmente a la Institución en materia de atención médica asistencial. (...).”

CRITERIO TÉCNICO

Mediante oficio CENDEISS-AB-0223-04-2013, de fecha 29 de abril de 2013, remite el criterio la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Jefe, Área de Bioética del CENDEISS y en lo que interesa se transcribe:

“(...) Para la revisión del texto del proyecto se conformó un grupo de trabajo integrado por el Dr. Alejandro Marín Mora, coordinador de la Subárea Bioética en Clínica y en Gestión, la Dra. Andrea Acosta Gamboa, asesora legal y en materia de bioética de la Gerencia Médica, la Dra. Ileana Azofeifa Hernández, especialista en Ginecología y Obstetricia, máster en atención de la infertilidad, asistente especialista de la Unidad de Infertilidad y Ginecología Endocrinológica del Hospital de las Mujeres, la Licda. Sofía Carvajal Chaverri, asesora legal de la Presidencia Ejecutiva y la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Jefe del Área de Bioética del CENDEISS.

En el análisis de este proyecto de ley se considera la protección de los derechos fundamentales que se encuentran plasmados en nuestra Constitución Política y en los

tratados, convenios e instrumentos internacionales de derechos humanos, entre estos el derecho a la vida, a la familia, a la identidad, a la intimidad, a la libertad de investigación, a la proporcionalidad y razonabilidad y a la no discriminación. Asimismo, los principios bioéticos de no-maleficencia, beneficencia, justicia distributiva y autonomía, planteados por T. L. Beauchamp y J. F. Childress, en su obra “Principles of Biomedical Ethics”, y otros principios derivados de estos, como la eficiencia y la responsabilidad individual, institucional y social y la ética del cuidado. Además, se identifican los principios filosóficos de la Caja de universalidad, equidad, igualdad, obligatoriedad, solidaridad, subsidiaridad y unidad así como sus valores.

El texto propone la creación “...de un Sistema Nacional para la Atención de la Infertilidad (Sinainf), perteneciente al Ministerio de Salud y coordinado por un Consejo Nacional para la Atención de la Infertilidad (Conainf)” (página 10 del proyecto), con lo que plantea resolver lo que el mismo proyecto cita bajo el título: “Carencia de un enfoque integral y multidisciplinario”. Para ello pretende el concurso principalmente de la CCSS, para la creación de lo que el legislador denomina “unidades de infertilidad”. Se proyecta que dichas unidades “sirvan de ejemplo y fomenten la dispersión de su modelo de atención a todos los hospitales nacionales”.

Asimismo, se aspira a que estas unidades de infertilidad desarrollen “una estructura de primer mundo en diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, que permita identificar las causas subyacentes y atender el problema en cada pareja desde la raíz, así como realizar investigaciones sobre estas causas y sus soluciones”.

1. Análisis de la parte introductoria. Exposición de motivos

En la exposición de motivos del proyecto, se indica la pretensión de crear estructuras y órganos de atención en la CCSS, desconociendo la estructura organizacional y funcional, según niveles de complejidad, para la prestación de servicios asistenciales con que cuenta la Institución. Al respecto, debe mencionarse que la creación de nuevas estructuras no garantiza una atención oportuna, sistemática y de calidad. Por ejemplo, el nuevo Sistema Nacional para la Atención de la Infertilidad podría no responder a los vacíos legales que existen en materia de infertilidad, siendo el tema de la fertilización in vitro el más claro de ellos.

Por otra parte, se cita: *En un 58 por ciento de los casos de infertilidad existe un factor femenino predominante.* Según las cifras de la OMS, este porcentaje es cercano al 30%, por lo que no se puede afirmar que en los casos de infertilidad el factor femenino sea predominante.

Asimismo, menciona que la mayoría de las parejas con infertilidad tienen la posibilidad de una concepción espontánea durante los tres primeros años luego de la primera consulta profesional. Dicha mención puede tornar confusa la atención de estas parejas, ya que se podría interpretar que deben esperar ese periodo para iniciar tratamientos o intervenciones, resultando en algunos casos en la pérdida de la “oportunidad biológica” por el factor edad, entendida esta como la oportunidad que se tiene de concebir con técnicas de reproducción humana asistida. En el mismo sentido, existen factores pronósticos negativos importantes como el padecer infertilidad por más de tres años, el hecho de que la edad de la mujer sea superior a los 30 años y la infertilidad primaria (cuando no se han tenido hijos previamente). Estos factores se pueden agravar si la pareja espera tres años por una concepción espontánea.

Por otra parte, la bibliografía inscrita es, en algunos casos, desactualizada y omite referencias de documentos publicados sobre el tema por parte de organismos internacionales en materia de salud, como la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En la Tabla 1, se exponen las causas de infertilidad como absolutas, ignorando que existe otra gama de causas o etiologías. Asimismo, se anota el síndrome antifosfolípido como causa de infertilidad, cuando, según la literatura médica, es causa de aborto, no de infertilidad. De igual manera, se anota “impotencia”, siendo lo científicamente correcto referirse a “disfunción eréctil”. En el primer párrafo de la página 5, se cita: “*Por ejemplo, una mujer que padece del Síndrome de Ovarios Poliquísticos (PCOS) y es curada de dicha enfermedad*”. Esta afirmación corresponde a otro error conceptual, debido a que el síndrome de ovarios poliquísticos es una enfermedad crónica e incurable.

Consecuentemente, se recomienda que el texto sea revisado por especialistas en Ginecología y Obstetricia, con sub-especialidad en temas de infertilidad y técnicas de reproducción humana asistida, con el fin de enriquecer la exposición de motivos.

El texto también refiere: “*Si bien los esquemas de tratamiento en Costa Rica involucran una serie de análisis y estudios orientados a descartar patologías subyacentes que producen infertilidad, los sistemas de diagnóstico y tratamiento no cubren a la gran mayoría de parejas afectadas en el país, ni cuentan con un modelo integrado y multidisciplinario de atención*”. Actualmente, el modelo de atención de la CCSS cubre a todas las personas aseguradas, quienes dependiendo de su condición, son referidas de un primer nivel de atención a centros especializados. Por ello, el argumento anterior no es válido; lo que efectivamente se puede aducir es la inexistencia de normas nacionales y guías de atención que estandaricen la atención de esta patología en la Caja.

Se hace referencia al abordaje tanto nivel individual como a la pareja, por parte de la CCSS. Al respecto, debe aclararse que el abordaje debe ser ofrecido, y de hecho se brinda, a la pareja infértil. El abordaje individual resultaría oneroso para la Institución y riesgoso para la mujer que se somete sola a un estudio de infertilidad. En consecuencia, la relación riesgo/beneficio y costo/beneficio no es aceptable.

Bajo el título “Carencia de un enfoque integral y multidisciplinario”, se alude a las intervenciones ofrecidas por la CCSS y se omite la participación del sector privado, siendo que un proyecto de ley de esta naturaleza debería tener alcance nacional, tanto público como privado, fundamentalmente por la participación activa que este último sector ha tenido en dicha actividad. Además, se menciona que la carencia de un enfoque integral e interdisciplinario “...afecta seriamente a las parejas que sufren infertilidad, la mayoría de las cuales no son económicamente solventes”. Sobre esta afirmación debe indicarse que no existe evidencia científica (estudios nacionales que asocien niveles socio-económicos e infertilidad) y la experiencia reportada por la especialista consultada al respecto refleja otra realidad.

Bajo el título “Innovaciones” se habla de “Tecnología Procreativa Natural” como “técnicas novedosas y efectivas para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad”. Primero, se debe señalar que estas técnicas incluyen la que en 1953, el [Dr. John Billings](#) describió en Australia, la cual por su antigüedad no se puede catalogar como innovadora. Asimismo, no es reconocida por la OMS por su baja tasa de éxito; en consecuencia, no ha sido incorporada por distintas guías de práctica clínica para el manejo de infertilidad o como método de anticoncepción.

Bajo el subtítulo “Genética de la infertilidad” se describe que “...el sistema de salud no realiza los diagnósticos genéticos...”, lo cual no corresponde a la realidad, debido a que actualmente la CCSS realiza estudios de cariotipos en el Laboratorio de Citogenética del Hospital Nacional de Niños.

En el mismo sentido, el acápite “Microcirugía reconstructiva”, cita: “Por otra parte, muchas parejas o personas que se han realizado una esterilización quirúrgica y luego cambian de opinión y desean la reversión, no cuentan con esta posibilidad a través de la CCSS.” (Subrayado no original del texto). Lo anterior resulta incierto, ya que las personas usuarias de los servicios asistenciales de la CCSS, pueden contar con esta posibilidad de tratamiento denominada re-anastomosis tubárica y la vasovasostomía, en caso de que cumplan con los criterios técnicos requeridos para ello.

Sobre la investigación biomédica, debe aclararse que en Costa Rica está suspendida temporalmente la investigación de tipo intervencional hasta que se apruebe una ley que regule esta actividad. Sin embargo, está permitida la realización de estudios observacionales, para los

cuales existe la posibilidad de contar con financiamiento a través del Fondo de Investigación e Innovación Tecnológica (FIIT) de la CCSS.

En la exposición de motivos, cuando los redactores inician la descripción del “*Sistema nacional para la atención de la infertilidad (Sinainf)*” se refieren a este como un sistema que promueve la atención integral, estratégica y multidisciplinaria de la infertilidad en Costa Rica, así como el desarrollo de políticas. En este sentido debe aclararse que el ente que define la atención es el prestatario, en este caso la CCSS, y quien define las políticas nacionales, como ente rector en materia de salud, es el Ministerio de Salud, por lo que los autores del proyecto de ley que propone la creación de este sistema deben tener presente el respeto de la autonomía de la CCSS, establecida a nivel constitucional.

Es este mismo sentido, nace la inquietud en torno a las “*unidades de infertilidad*” que el sistema promoverá, las cuales según el texto, deben fomentar “...*la dispersión de su modelo de atención a todos los hospitales nacionales*”. Lo anterior puede atentar contra la autonomía de funcionamiento de la CCSS, la oportunidad y conveniencia de la prestación de los servicios de salud y los niveles de complejidad y especialidad, en la que está organizada la red de servicios institucionales.

El alto grado de desarrollo alcanzado por las llamadas técnicas de reproducción asistida, así como el acceso a estas (tema de derecho a la salud) ha abierto un sinfín de discusiones de corte bioético y legal, tanto si estas técnicas se aplican con fines terapéuticos y de investigación, como reproductivos, lo mismo que de aspectos de acceso, sostenibilidad, organización y calidad de la atención de los servicios que atienden estos problemas de infertilidad.

En este orden de ideas, la regulación jurídica de estas técnicas debe tener como eje rector la dignidad humana tanto de la mujer como del hombre (Cfr., Kühne Peimbert, *et al.*, 2006, p. 262). Por ello, se debe procurar una organización de la estructura y funcionabilidad de esta que respete dicho eje rector. No obstante, con la creación de “*unidades de infertilidad*” esto podría no cumplirse, máxime si cada unidad desarrolla su propia guía de práctica clínica, según se indica textualmente: “*propiciarán el desarrollo de sus guías de práctica clínica en todos los hospitales del país*”, desconociendo el sistema en red que propicia la institución hoy día.

Según el texto, estas unidades deben desarrollar una estructura “*de primer mundo*”, cuando, desde el presente análisis, lo adecuado es desarrollar una estructura basada en evidencia científica y gestión de calidad. De la misma forma, preocupa sobremanera, como se indicó anteriormente, la referencia que dice: “*cuando esta unidad o unidades hayan alcanzado efectividad en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, propiciarán el desarrollo de sus guías de práctica clínica en todos los hospitales del país*”. Este escenario atenta contra el proceso de estandarización de la atención a nivel institucional mediante la creación que una guía de práctica clínica para dicho proceso.

Inquieta que las “*unidades de infertilidad*” tengan cada una su “*base filosófica*”, cuando la Institución posee una serie de principios, valores, políticas y de ejes de acción que delimitan su ámbito y sus prioridades de atención.

Siguiendo la discusión en torno a las denominadas “*unidades de infertilidad*”, su instalación en todos los hospitales puede afectar los principios bioéticos de eficiencia institucional y sostenibilidad de la atención, ya que estas podrían resultar en meras tramitadoras de referencias al no contar con el equipo tecnológico o el recurso humano especializado, debido a que el proyecto de ley no destina fondos para implementar estas unidades en los hospitales de la CCSS; además, la cooperación de asociaciones que el mismo proyecto de ley establece como fuente de financiamiento puede resultar insuficiente.

En conclusión, corresponde a la CCSS definir, con base en los estudios que sean necesarios, la organización pertinente para brindar una atención integral a las parejas con infertilidad, así como la elaboración de guías de atención clínica y los protocolos de atención, según nivel de complejidad.

Análisis comparado:

Haciendo una rápida exploración que sirva de marco comparativo, se toma como referencia el Real Decreto 415/1997 de España, con el cual se crea la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, un órgano colegiado del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de carácter permanente y consultivo, dirigido a asesorar y orientar sobre la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida, y a contribuir a la actualización y difusión de los conocimientos científicos y técnicos en esta materia, así como a la elaboración de criterios funcionales y estructurales de los centros y servicios donde aquéllas se realizan.

A diferencia del proyecto en análisis, España estableció la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, su estructura y funciones. Por su parte, el proyecto de ley N° 18665 crea el Sistema Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad (abreviado Sinainf) y en sus artículos 7 y 13 establece que será coordinado por el Consejo Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad, que podrá abreviarse Conainf, pero no establece su estructura y funciones, dejando un espacio ambiguo al órgano que coordinará el Sinainf.

2. Análisis del articulado

Artículo 1.-Objeto. Menciona que la ley tiene por objeto regular y promover una política nacional para la atención integral de la infertilidad. Se considera que si el legislador persigue regular la atención de infertilidad, esta situación debería plasmarse en el objeto

de ley, ya que la definición de una política a nivel nacional no requiere la creación de una ley como tal, sino que es competencia del Ministerio de Salud.

Artículo 3.- Definición de términos. Se recomienda utilizar las definiciones de la OMS. Se encuentran errores conceptuales en algunas de las definiciones que se anotan, como es el caso de infertilidad y fertilidad.

Artículo 4.- Interés público. Este artículo podría afectar una serie de principios, como la equidad en el acceso a la atención en salud, la protección de poblaciones vulnerables, (protección del “más débil”) y la sostenibilidad de la atención, ya que declara de interés público la atención integral de la infertilidad, cuando en comparación con la atención de otras patologías, tales como las enfermedades crónicas, a saber hipertensión arterial, obesidad o diabetes mellitus, no se tiene este tipo de declaratoria. Por lo tanto, la declaratoria de interés público debería estar precedida por un análisis epidemiológico con indicadores que determinen su impacto en una población, para así posteriormente destinar los recursos con base en criterios técnicos y no políticos.

Artículo 5.- Competencia del Ministerio de Salud. Establece que: “...en la aplicación de la presente ley tendrá a cargo lo relacionado con la formación, planificación, coordinación y ejecución de todas las actividades públicas...”. Se omite la regulación que el Ministerio de Salud efectúa sobre las actividades que se señalan en las instituciones privadas. Asimismo, dicho artículo puede rozar contra la autonomía de la que gozan la CCSS y la UCR.

Artículo 7.- Consejo Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad. No se establece la estructura orgánica ni funcional de este ente coordinador de Sinainf.

Artículo 8.- Composición del Sinainf. En la integración del Sinainf se menciona a los biólogos; sin embargo, estos no están autorizados en Costa Rica para realizar técnicas de alta complejidad como fertilización in vitro.

Cita además: “*Las dietas correspondientes con los miembros externos al Sistema, serán reglamentadas por el Ministerio de Salud*”. Surgen las dudas sobre quiénes serán nombrados “*miembros externos*”, cuáles son sus calidades académicas, y más allá de esto, por qué gozarán del privilegio de la dieta. Esta reflexión nace al cuestionarse sobre la creación de una estructura paralela al Ministerio de Salud que puede atentar contra la eficiencia y eficacia en la gestión del mismo Ministerio que posee, por ley, la rectoría en materia de salud. Asimismo, puede afectar la eficiencia y eficacia en la gestión de la CCSS, como también su equilibrio financiero.

Artículo 11.- Equipo profesional multidisciplinario. Indica que *“Con la finalidad de atender la implementación de la política nacional para la atención de la infertilidad, el Sinainf y la Caja Costarricense de Seguro Social, en lo que le correspondiere, procurarán articular un perfil profesional multidisciplinario...”*, obviando nuevamente al sector privado. Se debe comentar que la CCSS, dada su autonomía, puede definir aspectos de la capacitación y formación técnica, así como las políticas institucionales para la educación continua en este tema, respondiendo esto a la guía de práctica clínica que establezca para la atención de la infertilidad.

En este mismo artículo se citan, bajo el encabezado de especialidades, algunas disciplinas, como la nutrición, y servicios, como laboratorio. Se recomienda corregir este error.

Asimismo, se menciona la posibilidad de establecer convenios con otras instituciones públicas o privadas del sector salud y del sector educativo, con el fin de proveer algún servicio que sea de difícil implementación en las unidades que integran el Sistema. Al ser la CCSS la única prestadora de servicios públicos de atención en salud y en referencia a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (caso Murillo vrs Costa Rica/Fertilización in vitro) que señala explícitamente que *“la Caja Costarricense de Seguro Social deberá incluir la disponibilidad de la FIV dentro de sus programas y tratamientos de infertilidad en su atención de salud”* (la negrita no es del original), la Institución queda en desamparado para proveer algún servicio que sea de difícil implementación en las unidades de infertilidad, como cita el proyecto. En este caso, la única alternativa sería recurrir a algún ente privado que lo ofrezca e incurrir en la compra de servicios.

Por otra parte, el artículo no incorpora dentro de los profesionales a la disciplina de trabajo social, siendo fundamental el rol que dichos profesionales tienen en la atención integral de la infertilidad.

Además, el proyecto define que el modelo de atención será integrado y multidisciplinario (exceptuando el artículo 21). El término multidisciplinario hace referencia a la atención de múltiples especialistas pero que no se relacionan entre ellos como equipo de atención, llevando esto a una fragmentación de la atención de la pareja. Por ello, se recomienda utilizar en su lugar la palabra interdisciplinario, con la cual sí se instituye una atención por parte de especialistas interrelacionados.

Artículo 12.- Objetivos. Se refiere a los objetivos del Sinainf. Establece una lista de objetivos operativos (por ejemplo b), c) y d)), que corresponden a las unidades de infertilidad y no a un sistema de la naturaleza del Sinainf.

De igual manera, el inciso f) señala funciones a los comités de bioética que no les competen, como son la evaluación de programas y protocolos. Las funciones de los comités de bioética están claramente establecidas por normas internacionales (UNESCO y OMS), así como por normativa institucional de la CCSS. Se recomienda valorar definiciones que competen al ámbito de la investigación, a la luz del Expediente 17.777, Ley Reguladora de la Investigación Biomédica, que incluye definiciones internacionalmente aceptadas en este ámbito del conocimiento.

Artículo 13.-Coordinación. Establece que el Sinainf será coordinado por el Consejo Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad, que podrá abreviarse Conainf, pero no establece su estructura ni funciones, lo que produce confusión en cuanto al órgano que coordinará el Sinainf.

Instituye que para los efectos operativos, el Conainf coordinará lo pertinente con la CCSS, con el objeto de que las políticas de atención a la infertilidad y las disposiciones de esta ley, se desarrollen oportunamente en el sistema hospitalario nacional. Se obvia de nuevo la participación del sector privado.

Artículo 14.- Comités de Investigación y Bioética. En el artículo 3 se definen inadecuadamente este tipo de comités. Asimismo, hay confusión con respecto a las funciones que realizan. Los comités de bioética tienen su normativa de funcionamiento basado en estatutos internacionales, nacionales e institucionales. Se debe revisar esta situación a la luz de la Guía N° 1 *Creación de Comités de Bioética* y Guía N° 2 *Funcionamiento de los Comités de Bioética*, ambas de la UNESCO, donde se definen la estructura y las funciones de los comités de bioética en los ámbitos de la investigación y de la asistencia sanitaria.

Artículo 17.- Prevención y educación. Se hace mención a la prevención y educación, se señala que el Sinainf podrá coordinar con el Consejo Superior de Educación y las universidades, con el fin de que estos valoraren la posibilidad de insertar temas relacionados con la infertilidad, en el sistema educativo formal.

Se considera que la inclusión de estos y otros temas relacionados con la prevención de la infertilidad debe ser de carácter imperativo, de manera que se creen competencias en la población para que, a futuro, esta sea capaz de ejercer una verdadera autonomía al recibir la atención en salud o al participar en un protocolo de investigación biomédica sobre el tema en discusión o cualquier otro.

Artículo 18.- Diagnóstico y tratamiento. Se recomienda instruir en este artículo sobre la elaboración de Guías de Práctica Clínica por parte de expertos en el campo, que respeten el principio constitucional de legalidad y los principios bioéticos.

Por otra parte, este artículo puede rozar con la autonomía otorgada a la CCSS según el artículo 73 de la Constitución Política, al intentar definir los procesos administrativos que debe realizar la institución.

Artículo 20.-Consentimiento informado. Hace mención a que el Sinainf velará porque todos los proyectos y protocolos que actúen en el marco del Sistema, “*tomen en cuenta el parecer de los usuarios del servicio*”. En este caso, lo apropiado, en respeto a los principios bioéticos en general, y el de autonomía en particular, así como de la legislación nacional conexas a esta materia, es contar con el consentimiento expreso, libre y voluntario de las personas, no con su “parecer”.

Por ello, se recomienda una redacción de la definición de consentimiento informado en donde quede claro, en primer lugar, el derecho de la persona usuaria a obtener información y explicaciones adecuadas de la naturaleza de su condición o enfermedad, y del balance entre los beneficios y los riesgos de los procedimientos clínicos recomendados para diagnosticar o tratar su infertilidad, utilizando un lenguaje claro, asequible y adaptado a las condiciones de la persona; y, en segundo lugar, como el derecho de la misma persona usuaria a consentir o no el procedimiento clínico, y la obligatoriedad de obtenerlo de manera previa a la realización de un procedimiento clínico.

Otros puntos a considerar:

- El proyecto carece de un artículo sobre el respeto a la privacidad y a la custodia de información clínica de carácter confidencial (datos sensibles), que deberían cumplir las unidades de infertilidad y el mismo Sinainf.
- No se reconocen en el articulado elementos rectores de la ética del cuidado para las instituciones que brinden atención integral a la problemática de la infertilidad, que plasmen el interés y la preocupación por las personas más allá de sus derechos y deberes. En este sentido se propone la puesta en marcha de un plan que contemple conductas a seguir para humanizar la atención de las parejas que sufren infertilidad.
- Tampoco se establece, como elemento de calidad, la acreditación de las unidades de infertilidad que se pretenden crear ni la elaboración de guías de práctica clínica por los expertos en la materia y su aprobación por parte del órgano con autoridad máxima en infertilidad.
- El proyecto hace mención a la implementación de unidades de infertilidad a nivel de la CCSS y a la atención multidisciplinaria que deben brindar, pero no hace referencia a los

servicios privados que se establezcan para la atención del problema. Surge la interrogante sobre la práctica privada con respecto a la atención integral-multidisciplinaria y su regulación.

- Finalmente, no se tipifican faltas ni se establecen sanciones.

I. CONCLUSIONES

- Como se puede interpretar del análisis anterior, el Proyecto de Ley para la Atención Integral de la Infertilidad, Expediente N° 18665, carece de una serie de elementos que deben estar presentes para respetar los derechos fundamentales aplicables así como los principios bioéticos.
- La creación de un Sistema Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad abreviado Sinainf, no garantiza una adecuada atención de calidad para las parejas que sufren de infertilidad.
- Las funciones que se le consignan al Sinainf por la ambigüedad con que son redactadas en el artículo 12.- rápidamente se confunden con las funciones que le competen a las unidades de atención de la infertilidad.
- La vaguedad del proyecto de ley en torno al Consejo Nacional para la Atención Integral de la Infertilidad (Conainf) puede producir un sistema inoperante y costoso para la CCSS y para el país en general.
- La misma imprecisión en torno a las unidades de atención de la infertilidad, su estructura, composición y financiamiento puede violentar los principios bioéticos establecidos en la teoría principialista.
- Ante el vacío legal en torno a las técnicas para el tratamiento infertilidad, especialmente las de alta complejidad, la función del Sinainf y del Conainf puede verse afectada.
- Existen enunciados poco precisos y errores conceptuales en el artículo 3.- específicamente con respecto a los términos infertilidad, guías de práctica clínica, comités de investigación y comités de bioética.
- Costa Rica, a diferencia de España, no requiere de un Sinainf, pero al igual que España, México, Perú y otros países de Latinoamérica, requiere de una Comisión Nacional de Bioética, para establecer lineamientos, no solo en este importante tema, sino en otros, que dé soporte, al legislador en materia de regulación biomédica.

- El artículo 18 podría tener roces con la autonomía plena de la CCSS, conferida en el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica, al pretender definir los procesos administrativos en materia de infertilidad que debe realizar la Institución.
- La Caja Costarricense de Seguro Social procederá a interpretar la regulación que se dicte respecto de la atención integral de la infertilidad, de acuerdo con lo que el Derecho de la Constitución define en tema de administración y gobierno de los seguros sociales.

RECOMENDACIÓN:

Con base en los criterios adjuntos, esta Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva comunicar a la Comisión de Gobierno y Administración, que no avala el Proyecto de Ley en referencia y recomienda que sea revisado, para lo cual podrá contar con la participación activa de representantes de la CCSS, a efecto de que el Proyecto en consulta no contenga roces constitucionales y que a su vez, no violente la autonomía institucional”,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Jefe del Área de Bioética del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), la Junta Directiva, de conformidad con los criterios legal y técnico contenidos en el citado oficio número GM-2257-8-2013, **se acuerda** manifestar a la Comisión Consultante que no avala el Proyecto de Ley en referencia, en virtud de las inconsistencias terminológicas, técnicas y jurídicas, tal y como consta en los criterios en referencia.

VI) Por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** fijar una sesión extraordinaria para el lunes 27 de mayo en curso, a las 12 m.d., para tratar el tema de la reestructuración del nivel central.

VII) Se acuerda:

ACUERDO PRIMERO: aprobar la reforma a la Política de recontratación de exfuncionarios de la Institución y del sector público, aprobada por la Junta Directiva de la Institución en la sesión N° 7600, artículo 13° celebrada el 15 de noviembre del año 2001, para que en adelante se lea así:

“La Caja Costarricense de Seguro Social podrá contratar a exfuncionarios (as), que han cesado en el servicio del Sector Público o de la Institución siempre que no se encuentren ante alguna de las siguientes condiciones:

- a. Que se haya acogido a planes de movilidad laboral según los alcances de los artículos 25 y 27 de la Ley 6955, Ley para el Equilibrio Financiero del*

Sector Público, en el tanto no se haya cumplido con el plazo establecido en la dicha Ley.

- b. Que haya recibido pago de cesantía o preaviso, sin perjuicio de que reintegre lo correspondiente al Estado, según los términos del artículo 586 del Código de Trabajo.*
- c. Que se encuentre inhabilitado por los Tribunales de Justicia para el ejercicio de cargos públicos”.*

ACUERDO SEGUNDO: el presente acuerdo deroga cualquier disposición interna que se contraponga en materia de contratación de exfuncionarios públicos.

ACUERDO TERCERO: instruir a Gerencia Administrativa para que, en conjunto con la Dirección de Administración y Gestión de Personal, procedan a modificar los lineamientos respectivos en materia de reclutamiento y selección para exfuncionarios del sector público y realizar los procesos de comunicación correspondientes.

VIII) Se acuerda designar al licenciado Luis Fernando Campos Montes, Gerente Administrativo, y al doctor Álvaro Salas Chaves, Director del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), para que participen en la XXVII Asamblea General de la CISS (Conferencia Interamericana de Seguridad Social), que se llevará a cabo en la ciudad de San Salvador, El Salvador, los días 24, 25 y 26 de julio del año 2013.

El licenciado Campos Montes participará en dicha actividad en representación de la señora Presidenta Ejecutiva, a quien no le es posible asistir, en virtud de los compromisos institucionales que debe atender.

Al efecto, se les aprueban los pasajes aéreos de ida y regreso a San Salvador, los gastos de salida y pasaporte, más los viáticos reglamentariamente establecidos del 23 al 27 de julio del presente año.

En consecuencia, se dejan sin efecto los términos de lo resuelto en el artículo 19º de la sesión número 8635 de fecha 18 de abril del año en curso.

IX) De conformidad con el informe presentado por la señora Gerente de Logística mediante el oficio N° GL-12.557-13 de fecha 6 de mayo del año en curso, que contiene los avances logrados por la Comisión interfases SIFA-SIGES-SICS, en relación con el fortalecimiento del proceso de la Gestión de Inventarios, **se acuerda:**

- 1) Dar por conocidas las acciones realizadas por la Comisión interfases SIFA-SIGES- SICS.
- 2) Instruir a las Gerencias Financiera, Médica, de Logística y de Infraestructura y Tecnologías, para que apoyen, en la medida de sus competencias, la atención de cada una de las soluciones planteadas en el informe 002-2013 de la Comisión Interfases SIFA-SIGES-SICS, así como para que formalicen la continuidad del equipo intergerencial hasta el mes de octubre del año 2013, plazo en el cual se estima sean implementadas las nuevas mejoras identificadas para el proceso de gestión de inventarios.
- 3) Solicitar a la Gerencia de Logística que efectúe un diagnóstico de la capacidad instalada en el Centro de Logística, con el propósito de determinar si la dificultad que se indica en el punto 5 de las conclusiones, realmente, obedece a la limitación de recursos disponibles.
- 4) Solicitar a la Gerencia de Médica que efectúe un diagnóstico de la capacidad instalada en los servicios de farmacia de los Hospitales: San Juan de Dios, Rafael Ángel Calderón Guardia, México, Nacional de Niños “Carlos Sáenz Herrera”, San Vicente de Paul, San Rafael de Alajuela, Max Peralta, Enrique Baltodano, Tony Facio, Monseñor Sanabria, San Carlos y Escalante Pradilla, con el propósito de determinar la necesidad de fortalecer dichos servicios con el fin de garantizar la continuidad de los mecanismos de control sin afectar la atención directa de los pacientes.

X) La ingeniera Garro Herrera presenta el oficio N° GL-12.537 del 30 de abril del año en curso, que está relacionado con el informe –gestiones realizadas para mejorar la administración de los inventarios y sus líneas de acción-. **Finalmente**, con base en el informe presentado por la señora Gerente de Logística, mediante el oficio N° GL-12.537-2013 del 30 de abril anterior, en relación con la “Gestiones realizadas para mejorar la administración de los inventarios y sus líneas de acción”, **se acuerda** dar por recibido el primer informe y se instruye a la Gerencia de Logística, para que continúe con las actividades para la implementación de las estrategias que fortalezcan la integración de la cadena de abastecimiento a nivel Institucional y el cumplimiento del plan de contingencia para la administración de los inventarios de materia prima utilizada en las unidades de producción de la Dirección de Producción Industrial.

Asimismo, la Gerencia de Logística debe coordinar con la Dirección Planificación Institucional la atención de las recomendaciones 40 y 41 del *“Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud”*.

XI) Teniendo a la vista el oficio N° DPI-087-13 (PE-24.675-13) de fecha 5 de marzo del año 2013, suscrito por el Director de Planificación Institucional, mediante el que se atiende lo resuelto en el artículo 35° de la sesión N° 8636 y se presenta el *“Informe de Avance Política de Buen Gobierno Institucional”* y habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del doctor Ballesteros Harley, la Junta Directiva, analizado el citado informe técnico presentado por parte de

la Dirección de Planificación Institucional, respecto del Informe de Avance de Política de Buen Gobierno Institucional, **se acuerda** dar por recibido dicho informe, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 2º de la sesión 8616, celebrada el 17 de diciembre de 2012.