

Acta de la sesión ordinaria número 8728, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas minutos del jueves 7 de agosto de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Gutiérrez Jiménez informó, con antelación, que no podrá estar presente en la sesión de hoy. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

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

ARTICULO 1º

Por unanimidad y mediante resolución firme, se acoge la moción de la señora Presidenta Ejecutiva, modifica la agenda y se dispone recibir a la señora Gerente Médico, al Director del Hospital México y al respectivo equipo de trabajo, quienes presentarán el informe pertinente en cuanto a situación de los quirófanos del Hospital México y al plan de contingencia.

Ingresan al salón de sesiones la doctora María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico; los doctores Douglas Montero Chacón, Director; Edgar Méndez, Jefe del Servicio de Cirugía, y los ingenieros Pedro Argüello Rodríguez, Jefe de Mantenimiento, y Fabián Pacheco Jiménez, Ingeniero electricista del Servicio de Mantenimiento del Hospital México.

La Gerente Médico, doctora Villalta Bonilla, presenta al equipo que le acompaña, funcionarios del Hospital México, específicamente, para presentar un breve informe acerca del problema de “cargas eléctricas”, que se ha presentado en ese Hospital. Manifiesta que se ha trabajado durante esta semana con cuatro Salas de Operaciones, en el Servicio de Emergencia, y como plan de contingencia, cuentan con Salas de esa naturaleza en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) y el Hospital de Heredia. Además, se acordó la cooperación por parte de otros centros como el CAIS de Desamparados y el Hospital Nacional Materno Infantil Adolfo Carit.

Por su parte, el doctor Montero Chacón señala que se enteraron de la situación cuando se requirió realizar un análisis en la parte eléctrica para conectar unos arcos en “C” nuevos, de modo que se solicita al equipo de ingeniería la evaluación, con el fin de determinar cuál era la situación y si era posible instalar los arcos en “C” y se presentó la situación de voltaje. De ahí se toma la decisión de cerrar las Salas de Operación y de las siete que quedan habilitadas, tengan el voltaje suficiente para trabajar. No obstante, en el estudio del voltaje se determina que existe el riesgo de fallas en las protecciones eléctricas, por lo que la recomendación se realizó en el sentido de que hasta no concluir con el estudio, lo conveniente era suspender las cirugías. El citado estudio fue entregado el día de ayer y, lamentablemente, la conclusión fue que ninguna de las catorce Salas de Cirugía, incluidas, la de Ginecología y la de Parto, son seguras. Ante esa situación todo el Hospital ha sufrido un impacto; no obstante, se tienen las opciones para la continuación de los servicios, consiste en habilitar dos salas en el CENARE (Centro Nacional de Rehabilitación), una para emergencias en el Servicio de Ortopedia las 24 horas; por la tarde una Sala Vespertina, una Sala en Oftalmología, una Sala en el CAIS de Desamparados, una Sala de doble turno en el

Hospital de Heredia y dos Salas que se están por definir en el Hospital de las Mujeres Adolfo Carit, para operar lo correspondiente de Ginecoobstetricia y, posiblemente, dos Salas en el Hospital del Instituto Nacional de Seguros (INS), que están cercanas y cuentan con las condiciones requeridas para la recuperación del paciente. Destaca que existen tres tipos de pacientes a saber: los urgentes que se les debe de resolver de inmediato, para este grupo se tienen habilitadas dos salas en el Hospital; los de prioridad alta que se resuelven en términos de ocho a quince días; no obstante este grupo no tiene Sala. Sin embargo, considera que podrían ser las salas del INS si acceden a alquilar el espacio, el Hospital destina el recurso humano; es una posibilidad, de lo contrario, se debe proceder con la estrategia de distribuir los pacientes en otros hospitales y los de la lista normal de espera se puede canalizar mediante otros hospitales; en la Clínica de Desamparados; o en la Clínica Oftalmológica.

Interviene la Dra. Villalta Bonilla para comentar acerca del plan de contingencia, en el sentido de que ayer la situación se modificó, debido a que la empresa encargada del estudio indicó que de las cuatro Salas Operaciones que se estaban utilizando para emergencias, no pueden ser usadas dos, de manera que ahora se tienen únicamente dos; por lo que se está en coordinación con los directores de hospitales nacionales, con el fin de determinar la estrategia con recursos y salas de hospitales institucionales para los pacientes prioritarios, los pacientes “rojos” serán atendidos siempre en el Hospital México, y recuperar las doce salas en los hospitales del Área Metropolitana. Por otro lado, mediante un programa para recuperar las cirugías perdidas en estos días, en primera instancia, se valoran los recursos institucionales existentes para los pacientes prioritarios que permanecen internados, es decir, que el personal del Hospital México, se desplazaría con el equipo para operar los pacientes, reforzar el CENARE; se reforzará habilitando rayos “x” que se cierra a las cuatro de la tarde y se habilita el laboratorio para que todas las emergencia en ortopedia sean visto mañana y tarde en ese Hospital, y mediante otro proyecto paralelo en tiempo extraordinario, para prestar atención a los pacientes que no fueron atendidos en estos días, por la situación presentada.

Por su parte, el ingeniero Argüello Rodríguez presenta el reporte técnico de la situación y señala que es claro y contundente, en el sentido de que no se puede utilizar ninguna de las salas de cirugía por el riesgo eléctrico. Se están concentrando esfuerzos en buscar soluciones en el más corto plazo y algunas soluciones que considera son: contratar una empresa calificada en ejecutar obras de esta naturaleza, con ingenieros, con experiencia y con la posibilidad de iniciar de manera inmediata. Se analizó la situación con los abogados y se determinó que la forma para contratar, sería aplicando el Reglamento de Contratación Administrativa en sus artículos 131°, 131° k, 132° y emplearlo como emergencia impredecible para que las obras se inicien a más tardar, en ocho días.

Seguidamente, el doctor Edgar Méndez se refiere a la principal preocupación tanto de la Dirección del Hospital como de la Jefatura de Cirugía y demás; son, eventualmente, los pacientes a los que el nivel de resolución debe de ser homólogo con el del Hospital México, de ahí la coordinación entre el Servicio de Cirugía, Dirección Médica, Servicio de Mantenimiento y Gerencia Médica, para solucionar problemas de difícil y compleja resolución quirúrgica. Los pacientes nuevos que llegan con diferentes diagnósticos no tan complejos, se atenderán en las salas señaladas por el Dr. Montero Chacón, los esfuerzos que realiza la Dra. Villalta Bonilla corresponden, propiamente, para las cirugías complejas que, eventualmente, se practican en el Hospital; por ejemplo, las de tórax y cardiovascular. Es un servicio muy activo con un aproximado de cinco a seis casos por semana, en Especialidades como Neurocirugía que no

tienen homólogo en los otros hospitales de la red y todos los casos llegan al Hospital México sobre todo tumores intracraneales con hipertensión indocraneana, así como ortopedia, urología y demás especialidades. En este momento hay dos salas disponibles, una se localiza en el sétimo piso anexa a la Unidad de Cuidados Intensivos; la otra, es la Sala Híbrida que se construyó en el segundo piso, que por razones de prioridad y con todos los cuidados desde el punto de vista técnico, se habilitó para operar los pacientes de emergencias. La situación más crítica son las pacientes de Gineco-Obstetricia, dado que la Sala de Parto también tiene el problema de voltaje, así como los casos de cesáreas de emergencia, requiere ser intervenida de inmediato. Recalca que, efectivamente, la situación es crítica y está provocando impacto en los servicios que presta el Hospital.

El Director Fallas Camacho agradece la información y a la vez menciona, que es satisfactorio conocer que se tiene un plan en evolución para atender la situación, mientras se toma la decisión definitiva. Le parece que se tenga el plan en forma escrita, con los procesos, tal como se ha presentado, en una bitácora clara de las distribuciones de las Salas de Operaciones y otros, de manera que la población pueda estar informada de qué es lo que ha acontecido en el Hospital. Le parece conveniente se aborde cada paciente y las familias que están siendo afectadas, para explicarles cuál es la situación y de ser posible realizar un comunicado informativo a los medios de comunicación, para devolver la confianza a la población.

El Director Barrantes Muñoz agradece el informe presentado y manifiesta estar en acuerdo con lo planteado por el doctor Fallas Camacho, en el sentido de que ante la situación presentada, se adopten las acciones de contingencia, porque es un tema de primer orden y sobre el cual se está trabajando, con el fin de recuperar en el menor plazo posible la habilitación de las unidades afectadas. Está pendiente y desea conocer si es cierto lo informado por los medios de comunicación masiva y si existe algún equipo afectado, producto del alto voltaje de electricidad. Lo que implicaría que los costos se incrementan no solo por la paralización de las Salas sino porque se debe de tomar en cuenta los arreglos correspondientes del equipo. Considera que dentro del plan escrito se debe incluir, si se está recurriendo a disponibilidades de Hospitales Privados y bajo qué condiciones, el impacto que se produce en costos, vía alquileres u otros adicionales, costo en cuanto a la reputación para la Institución, porque se lesiona su credibilidad y su confianza. Además, dentro de los antecedentes que se indique, si fue una situación que era predecible o impredecible, cuáles han sido los planes normales del mantenimiento de las instalaciones, dado que tiene varias décadas de estar en funcionamiento, por qué ocurrió este evento, si aun con los mayores esfuerzos no se pudo evitar o sí, en fin ahondar en el detalle del informe.

Al respecto, el señor Auditor indica coincidir con lo anotado por el licenciado Barrantes Muñoz y por ser un tema tan técnico y específico, como es el sistema eléctrico, se refiere directamente al ingeniero Pedro Argüello para que explique cómo se originó y cuáles son los problemas de voltaje que se presentaron, si existía un plan de mantenimiento preventivo y correctivo. Reconoce que las instalaciones del Hospital por el tiempo que tienen de haber sido construidas, debe existir una planificación de acciones preventivas que eviten situaciones de esa naturaleza. Por otra parte, si la asignación presupuestaria ha sido acorde con las necesidades y la ejecución de las mismas, si estaba, incluida, dentro del mapa del riesgo que permitiera predecir estas situaciones. Por otro lado, hace referencia al Informe de Auditoría N° ASAAI-167-R-2009, en el cual se emitió una recomendación a la Dirección a cargo del Ing. Arguello y brevemente lee:

“2.1 Revisar, actualizar, autorizar y emitir un manual de normas y procedimientos de la gestión del mantenimiento correctivo y preventivo de planta física y equipos, asimismo establecer el mecanismo y ajuste periódico y el respaldo digital de esos documentos”.

2.2 Diseño, ejecución e implementación de un plan de trabajo que contemple las acciones necesarias para la definición de los riesgos asociados a los procesos sustantivos de cada taller así como las medidas de contingencias requeridas para minimizar el impacto de las situaciones adversas.

2.3 Diseñar e implementar los indicadores de desempeño de la gestión de mantenimiento correctivo y preventivo que permitan medir el accionar del servicio con base en criterios de eficiencia, eficacia, calidad y economía con el propósito de que se cuente con un parámetro de rendimiento y se promueva el mejoramiento continuo del sistema de gestión del mantenimiento.

Por otro lado, reconoce que las instalaciones son viejas y que los problemas siempre van a existir, no obstante, si se toman las acciones correctivas y preventivas es posible minimizar los riesgos.

Interviene el licenciado Alvarado Rivera y en la misma línea del señor Auditor, comenta que tiene conocimiento de que cuando se hizo el bunker se había analizado y revisado, dado que se necesitaba más voltaje y se pasó de 13.600 voltios a 30.000 voltios aproximadamente, para atender el tema de alta y baja tensión. Considera que en su momento, se tuvo que haber revisado las necesidades eléctricas del Hospital, como un todo desde el momento en que se construyó el bunker y se instalaron los aceleradores lineales. Es un tema importante y le parece que faltó previsión, pero esta Institución debe prever los procesos. Está de acuerdo en que los hospitales son muy viejos, inclusive, el Hospital México es de los más nuevos y ya es viejo; luego, los recién construidos como los Hospitales de Alajuela y Heredia. Este tema, es preocupante, siendo que la Caja había hecho un proceso del Hospital, de la acometida y revisión, cómo no se pudo prever la necesidad del nuevo equipo, la demanda de voltaje que tiene, entre otros. Por las dimensiones del trabajo solicita que sea también la Gerencia de Infraestructura y Tecnología que participe en indicar cuál es la situación. Por otra parte, es enfático al indicar que una vez informados el día de hoy de esta situación, la Junta Directiva debe de tomar acciones concretas por lo que solicita que el informe sea enviado de manera precisa, con plazos y nombres de los responsables en el menor tiempo posible; con el fin de actuar en concordancia con la acciones que se deben de tomar, porque al ser informados de la situación pasan a ser parte del problema. Significa que se debe modificar la agenda y analizar, decidir o dar visto bueno al plan de contingencia presentado para darle continuidad y estar todos alineados como Institución en términos de los objetivos por alcanzar en el corto plazo.

El Director Devandas Brenes desea conocer acerca de la situación actual de las Unidades Regionales de Ingeniería y Mantenimiento, que fueron creadas en el año 2005 y pregunta si esas unidades regionales están funcionando y si existen informes o no. Finalmente espera conocer cuál sería la relación específica con la Clínica Bíblica en el sentido, de si tiene o no, algún costo monetario, cómo es que se traslada el personal de la Institución a trabajar en esa Clínica u otros Hospitales Privados.

El ingeniero Argüello Rodríguez se refiere en general a las consultas externadas por cada uno de los miembros de la Junta Directiva y manifiesta que en la sala de operaciones se tienen aproximadamente 250 equipos médicos, solo un quirófano tiene 33 equipos, o sea, que de los 250 equipos, solo cuatro han presentado problemas en el sistema de averías. Se ha trabajado normalmente en sala de operaciones y no se ha presentado reporte de fallas frecuentes, como

para que se tome como un indicador, en el sentido de que existe una constante o que alertara de algún problema eléctrico en los quirófanos. Las fallas presentadas, por ejemplo, en el equipo de laparoscopia que tiene varios años de estar en funcionamiento son propias del trabajo, y si se tiene la cotización de las partes a sustituir y no son atribuibles a una falla eléctrica. Respecto de la inquietud manifestada por don Jorge A. Hernández, la problemática que genera toda esta situación tal como lo indicó el doctor Montero, el Jefe de Servicios de Rayos Equis solicitó que se realizara un estudio para instalar unos arcos en “C” en las Salas de Operaciones. Paralelo al proceso, el Jefe de Cirugía envió una nota en la que expone el problema de voltaje con las averías en las torres laparoscópica, de manera que, dentro de los requisitos para tramitar un activo, es que se cuente con las instalaciones electromecánicas y que todo esté bien para la adquisición del equipo. Por lo que el ingeniero Fabián Pacheco procedió realizar la respectiva revisión, cuyo informe determina que la capacidad instalada en las Salas de Operaciones, no permite que se pueda instalar más equipos. No obstante, con el fin de atender la solicitud del Jefe de Cirugía, se procedió a realizar un nuevo estudio, esta vez más detallado y profundo y se confirma la variación del voltaje significativa hacia abajo, de manera que se toma la decisión de cerrar las Salas de Cirugía N° 6, N° 7, N° 8 y N° 9, por cuanto no son seguras. Se refiere también al mapa de riesgos, en el que señala que se ha trabajado en ello desde que se implementó el nuevo modelo de gestión para los servicios de ingeniería, se ha venido cumpliendo con los compromisos de gestión, la realización del inventario de equipos médicos, equipo industrial y a finales de este año se hace entrega del informe, con el inventario de infraestructura física, inclusive, para que la Dirección de Mantenimiento Institucional elabore las guías y programas que se estarían implementando en el Hospital.

Además, indica el Ing. Argüello Rodríguez que en los casi 25 años de laborar en el Hospital México, se han construido más de diez mil metros cuadrados de obra nueva, lo que implica una mayor demanda de energía, agua, vapor, electricidad y se suman al complejo hospitalario existente, más las nuevas que se han logrado hacer a través del anillo de treinta y cuatro mil quinientos voltios, de ahí que la recomendación de no instalar los arcos en C.

Ante la consulta del Dr. Devandas Brenes, señala el doctor Montero Chacón que son cuatro equipos laparoscópicos dañados, y en forma relativa, hay otros equipos en la Sala de Operaciones; por ejemplo, la máquina de circulación extracorpórea, con un costo de trescientos cincuenta mil dólares, los cuatro equipos han tenido un funcionamiento exhaustivo en cirugía general lo que ha provocado un desgaste; no obstante, la afectación eléctrica se atribuye solo a dos de estos equipos. Agrega que son equipos reparables aún no están para ser desechados y el costo aproximado para una torre laparoscópica es de alrededor de ocho a diez mil dólares (\$10.000.00).

Respecto de la inquietud planteada por el licenciado Alvarado Rivera en relación con la demanda de energía, aclara el ingeniero Argüello Rodríguez que en el año 2005, se construyó un anillo alrededor de todo el Hospital México, porque cuando se construyó el Hospital el voltaje era de 13.800 voltios y la Compañía Nacional de Fuerza y Luz (CNFL) poco a poco emigró del voltaje de 13.800 voltios a 34.500. El Hospital era alimentado solo con una sub estación y la CNFL, le planteó la necesidad de que se actualizara al nuevo voltaje, porque era el motivo por el cual se generaban muchos problemas y averías dentro del Centro; de manera que con el nuevo anillo se instalaron 19 transformadores alrededor de las instalaciones del Hospital, lo que permitió que se lograra construir la Farmacia, Hemodiálisis, la ampliación de los Servicios de Radioterapia, el TAC, aires acondicionados, servicios de urgencias y, finalmente, la sub estación eléctrica que se

reemplazó en el año 2012. Hace hincapié en que el tema se ha venido atendiendo por etapas, desde afuera hacia adentro y falta la renovación electromecánica.

Finalmente, la doctora Villalta Bonilla se refiere al ofrecimiento que hicieron las clínicas privadas, este es un servicio gratuito, específicamente, la Clínica Bíblica. No obstante, se tomó la decisión de aprovechar los recursos institucionales porque se cuenta con dos salas del Hospital Geriátrico, dos salas del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), una del CAIS de Desamparados, dos del Hospital Nacional de la Mujer, una del Hospital de Heredia y, además, utilizar un segundo turno en algunos lugares, más los de emergencia se habilitarían; otras en el Hospital México. En primera instancia, si es necesario, en una segunda etapa se tomaría en cuenta la colaboración ofrecida por parte de las clínicas privadas.

El licenciado Barrantes Muñoz solicita se aclare lo mencionado por el señor Auditor, en el sentido de si ha existido limitaciones en la asignación presupuestaria para los planes de atención a la infraestructura. Además, considera importante que la Gerencia de Infraestructura y Tecnología estuviera presente en los planes de valoración del riesgo y mitigación el tema de infraestructura, está muy bien señalado. A lo que el ingeniero Arguello Rodríguez menciona que la asignación presupuestaria para ingeniería en la partida 2156, relacionada con remodelaciones y otros, fue de ochocientos millones de colones de los cuales, aproximadamente, quinientos treinta millones de colones, se invirtieron en la remodelación del Servicio de Ropería.

Finalmente, el doctor Montero Chacón expresa que en estos seis años de laborar en el Hospital México, se ha preocupado por atender preventivamente las posibles situaciones que se pudieran presentar tales como; eliminar los tanques de gasolina y bunker que, prácticamente, estaban debajo del Hospital, y se trasladaron a cien metros del Centro, el cambio de la sub estación eléctrica, realización del anillo para reforzar la seguridad hospitalaria y continuar con el crecimiento y remodelación del primer piso que corresponde a Ginecología y Obstetricia. Además, el proyecto de la renovación electromecánica fue identificado hace más de ocho años y se encuentra escrito y cuantificado. La razón de encontrarse paralizado, ha sido producto de la crisis financiera que ha tenido la Institución. Asimismo, la renovación de las Salas de Cirugía que es un proyecto Institucional, inclusive, la Auditoría lo tiene incluido como de segundo importancia en el país. Existen otros proyectos que se presentaron en su momento a las autoridades superiores, pero por las dificultades presupuestarias que ha tenido la Caja, no se logró continuar su desarrollo.

En cuanto a la propuesta de acuerdo, señala el Director Loría Chaves que está de acuerdo, pero que la redacción del segundo párrafo se debe indicar, únicamente, que se da por recibido el informe.

El Director Barrantes Muñoz sugiere que se analice la situación en términos de si la emergencia que se ha creado, se logrará gestionar con la estructura ordinaria o será necesaria reforzar el Hospital a nivel médico y técnico para que, efectivamente, se cumpla en el menor plazo. Por otro lado, se refiere a la segunda parte del acuerdo, específicamente, en la conveniencia y oportunidad. Pregunta si ese tema se resuelve con los recursos que hay disponible o se requiere algún nivel de intervención adicional. Respecto del acuerdo, coincide con lo planteado por don José Luis Loría y lo complementa de manera que se indique, que con especial instancia a la Auditoría para que elabore el informe de rigor, urgir de que las medidas sean adoptadas pronto y de establecer las responsabilidades.

El Auditor coincide con lo expuesto por los dos directores que le antecedieron y a su vez insta al Cuerpo Colegiado, se contemplen algunos puntos dentro del acuerdo, tales como: que se le solicite a la Gerencia Médica un plan de trabajo, en el que se asigne los responsables de la ejecución de ese plan, así como que se establezcan las fechas, en las que se debe cumplir por parte de los distintos encargados.

La doctora Sáenz Madrigal aclara al licenciado Barrantes Muñoz que las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento (ARIM), dan apoyo únicamente a los hospitales periféricos, regionales y clínicas, significa que están excluidos de las ARIM los Hospitales Nacionales, dado que éstos tienen un cuerpo interdisciplinario que brindan ese soporte técnico y profesional. Finalmente, manifiesta su preocupación por la gestión realizada en el Hospital México, porque son catorce hospitales con quirófanos en esa condición, si dejan de funcionar, realmente es una emergencia, máxime que el Hospital San Juan de Dios, está terminando la reparación de los quirófanos.

La doctora Villalta Bonilla y el equipo de trabajo que la acompaña se retiran del salón de sesiones.

Finalmente, **se toma nota** de que, con base en lo deliberado y las sugerencias que formulen los señores Directores se procederá a redactar la propuesta de acuerdo y se someterá a consideración en el transcurso de la sesión.

Ingresa al salón de sesiones el señor Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón; el licenciado Luis Diego Calderón Villalobos, Director de Cobros, y la licenciada Lucía Catalina Vargas Masís, Jefe Área de Gestión de Cobros a Patronos.

ARTICULO 2º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-51505-14, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 3º

En relación con el expediente número 19.168, Proyecto de ley para frenar los aumentos abusivos a los profesionales en ciencias médicas y hacer justicia a los trabajadores de menos ingresos, que es una iniciativa del Diputado Mario Redondo, **se toma nota** de lo informado por la señora Presidenta Ejecutiva, en el sentido de que se encuentra en estudio de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa y que, de acuerdo con lo que ha tenido conocimiento, fue retirado de la convocatoria a sesiones extraordinarias.

Ingresa al salón de sesiones el Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón; el licenciado Luis Diego Calderón Villalobos, Director de Cobros, y la licenciada Lucía Catalina Vargas Masís, Jefe del Área de Gestión de Cobros a Patronos, y el licenciado Willy Davis Vega Quirós, Abogado de la Dirección Jurídica.

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

ARTICULO 4°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-51505-14, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 5°

Se tiene a la vista la consulta que se ha formulado respecto del expediente 17.415, Proyecto modificación de los artículos 236 y 237 y derogatoria del Subinciso 2) del inciso a) del artículo 223 del Código de Trabajo, Ley N° 2 del 27 de agosto de 1943 y sus reformas, la cual se ha trasladado a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.37.547-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 7 de julio del presente año, número CAJ-38-2014, suscrita por la Jefa de la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el criterio de la Gerencia Financiera, contenido en el oficio número GF-24.517-2104 de fecha 24 de julio del año en curso, suscrito por el Gerente Financiero que, en lo conducente, literalmente se lee de este modo:

“El presente documento contiene el criterio de la Gerencia Financiera, en relación con el proyecto de ley denominado “Modificación de los artículos 236 y 237 y derogatoria del subinciso 2) del inciso a) del artículo 223 del Código de Trabajo, Ley N° 2, de 27 de agosto de 1943 y sus reformas” y tramitado bajo el expediente N° 17.415.

I. ANTECEDENTES

- a) En La Gaceta N° 158 del 14 de agosto de 2009, la Asamblea Legislativa publica la presente iniciativa.
- b) Por oficio CAJ-38-2014 del 07 de julio de 2014, la Licda. Nery Agüero Montero, Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos, se consulta el proyecto a la institución.
- c) Mediante oficio JD-PL-0039-14 del 07 de julio de 2014, la Secretaría de la Junta Directiva, solicita criterio a este despacho gerencial.

II. RESUMEN DEL PROYECTO

En la exposición de motivos del proyecto, se indica que su objetivo es modificar la normativa del Código de Trabajo sobre el plazo máximo de disfrute del subsidio por incapacidad temporal para trabajadores que han sufrido riesgos del trabajo, con el fin de hacerla compatible con los principios derivados de la protección constitucional de los derechos humanos fundamentales a la salud, a la seguridad social, a la solidaridad y al trabajo (artículos 21, 50, 56, 73 y 74 de la Constitución Política).

En ese sentido, se propone reformar los artículos 236, párrafo segundo y 237, así como derogar el subinciso 2) del inciso a) del numeral 223 de dicho Código para eliminar el tope de dos años impuesto por estas normas para el disfrute del subsidio por incapacidad temporal

derivada de riesgos del trabajo, habida cuenta que esto último, se trata de una limitación contraria a los citados derechos constitucionales, tal y como se desprende de la más reciente jurisprudencia de la Sala Constitucional sobre la materia.

Asimismo, se indica que mediante el Voto N.º 2007-17971 de las 14:51 horas de 12 de diciembre de 2007, dicho Tribunal declaró inconstitucionales y anuló los artículos 9 y 10 párrafo tercero del Reglamento para Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, que establecían un plazo máximo de año y medio para el otorgamiento de incapacidades y el disfrute del subsidio por incapacidad para trabajadores que sufren padecimientos de salud que les impiden reincorporarse a su trabajo.

De igual manera, se indica que Sala Constitucional en el voto de marras, indicó:

“...Según quedó expuesto, definir el término de las incapacidades y del subsidio a un plazo fijo temporal como está dispuesto actualmente en las normas impugnadas, a pesar de que un especialista en ciencias médicas recomiende la prórroga de la misma, no garantiza de modo alguno la condición de salud del trabajador, sino que incluso puede acarrearle hasta la pérdida de su trabajo. Lo procedente es entonces que se den las prórrogas necesarias que aseguren su recuperación y la apropiada reincorporación al trabajo, cuando ello sea posible. La Sala entiende que el abuso de esta derogatoria puede constituir una afectación importante al mantenimiento de los seguros sociales, sin embargo entiende que si su aplicación se realiza correctamente y bajo criterios médicos estrictos con la responsabilidad del caso, que tutelen en primera instancia el derecho a la salud de los trabajadores y no que coloquen como razón principal y última, la protección meramente económica del sistema de seguridad social, el sistema puede mantener este importante aspecto de un Estado Social...”. (Lo destacado no es del original)

Además, se señala que de conformidad con los artículos 73 y 74 de la Constitución Política el “seguro contra riesgos profesionales” o riesgos del trabajo es también un seguro social de rango constitucional, que, aunque no se encuentra bajo administración directa de la Caja Costarricense de Seguro Social, se rige por los mismos principios que informan el régimen de los seguros sociales, a saber: universalidad, solidaridad social y contribución obligatoria (en este caso de exclusiva cuenta de los patronos)

Así las cosas, las normas que se pretenden reformar mediante esta iniciativa niegan de forma automática el pago del subsidio necesario para garantizar el ingreso mínimo vital a las y los trabajadores que han sufrido un riesgo del trabajo, por el solo vencimiento de un plazo de dos años, aunque esas personas continúen estando incapacitadas para laborar, lo cual puede ocasionar un grave perjuicio a las personas trabajadoras que se encuentren en la situación descrita, atentando contra los principios de solidaridad y justicia social que orientan el funcionamiento de los seguros sociales.

Aunado a esto, si como resultado del accidente o la enfermedad laboral, las y los trabajadores afectados pierden el empleo por la imposibilidad de desempeñar las labores para las que fueron

contratados, pero al mismo tiempo no son candidatos a una incapacidad permanente, por no alcanzar los porcentajes mínimos exigidos por ley, a estas personas se les estarían negando los ingresos indispensables para su subsistencia, por el solo hecho de haber transcurrido un plazo arbitrario. Una situación que, además, atentaría contra su efectiva recuperación, pues carecerían de recursos económicos suficientes para hacer frente a las erogaciones propias y de su familia, y a los gastos que acarrea el proceso de tratamiento y rehabilitación.

Finalmente el proyecto bajo estudio, se encuentra compuesto por dos artículos, desglosados de la siguiente manera:

- a) Artículo 1: Refórmense los artículos 236, párrafo segundo y 237 del Código de Trabajo, Ley N.º 2, de 27 de agosto de 1943 y sus reformas.
- b) Artículo 2: Derógase el subinciso 2) del inciso a) del artículo 223 del Código de Trabajo, Ley N.º 2, de 27 de agosto de 1943 y sus reformas.

III. CRITERIOS TÉCNICOS Y LEGALES

A. GERENCIA MÉDICA

Mediante el oficio GM-SJD-5434-2014 del 22 de julio de 2014, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente de la Gerencia Médica, señala:

“...la Gerencia Médica procedió a solicitar el criterio respectivo a la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades, quien remitió el criterio mediante el oficio CCEI-101-2014. Se procede a emitir el análisis integral del proyecto de ley consultado, en los siguientes términos:

SOBRE LA AUTONOMIA DE LA CAJA

La Caja se posiciona dentro del ámbito nacional como la entidad estatal prestadora directa de los servicios de salud para toda la población, y en virtud de ello, dentro de nuestro Ordenamiento Jurídico se contemplan diferentes disposiciones que garantizan el logro de la finalidad que le corresponde cumplir. Al respecto, la Sala Constitucional, en labor de interpretación progresiva de las normas, ha precisado:

“En el caso particular de nuestro país, ha sido la Caja Costarricense del Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo en consecuencia instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, contando para ello no solo con el apoyo del Estado mismo, sino que además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población con las cotizaciones para el sistema”¹

¹Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 5130 del 7 de setiembre de 1994.

Al analizar la finalidad perseguida por el constituyente al aprobar la inclusión de la Caja dentro del texto constitucional, según consta en las Actas No. 125 y No. 126 de la Asamblea Nacional Constituyente, dentro de las discusiones realizadas en torno a dicho asunto resulta importante destacar la participación del Constituyente Volio Jiménez, quien con relación a la autonomía de esta Institución, en su oportunidad: "Insistió en que no le parecía adecuado debilitar la Caja. Lo prudente es fortalecerla. De ahí que lo más aconsejable es dejar las cosas como están, dándole a la Caja plena autonomía para independizarla así del Poder Ejecutivo"; y además agrega que: "Todo lo que signifique limitar los recursos del Seguro Social, indudablemente será un retroceso inexplicable"². –Lo resaltado no corresponde al original-

En ese sentido, debe quedar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma de rango constitucional cuyo fin primordial es la tutela de la seguridad social y la salud. Por ello, según lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1º 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 general; 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”³.

Dado lo anterior, en el ámbito de la salud dicho ente tiene como misión brindar atención integral en salud a la población en general, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

Es claro entonces que, le corresponde a la Caja el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales que a nivel público se brindan a la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido:

² Página 36 del Tomo III de la Actas de la Asamblea Nacional Constituyente

³ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 798-2009. En igual sentido ver resoluciones No. 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008.

“(…), 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” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N.º 798-2009. En igual sentido ver resoluciones N.º 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008).

La reiterada jurisprudencia constitucional, ha señalado que la Caja debe adaptar sus servicios a los requerimientos que en materia de salud tenga la población, lo cual resulta lógico, razonable y conveniente desde la perspectiva de mejorar la prestación de servicios integrales de salud, de manera que estos respondan a los cambios en el perfil epidemiológico, a la nueva integración de los grupos etareos que componen la sociedad y a las exigencias que enfrenta el sistema sanitario.

SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

Por otro lado es importante recordar que el derecho a la salud, tiene su génesis a partir de la constitución de la OMS en 1946. Posteriormente el mismo fue reiterado en la declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998. Además es reconocido en múltiples instrumentos internacionales, entre los cuales destaca lo regulado en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

De manera particular debe hacerse referencia también, al contenido de la observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, órgano creado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, para interpretar, supervisar y proteger la aplicación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la cual constituye una observación general sobre el derecho a la salud, cuyo comprensión resulta de particular interés para los objetivos de este estudio. Se trata de la principal interpretación hecha en cuanto al derecho a la protección de la salud por parte del organismo internacional de mayor jerarquía, como lo es la ONU, por medio de su Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Entre las principales consideraciones que se incluyen en dicha Observación, encontramos las siguientes:

“(…) 8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. (…), entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. (...)

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.

Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán

estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaigan una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

17. "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d) del párrafo 2 del 5 artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

19. En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud.

(...). Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta"

Ahora bien, tal y como lo señala el proyecto de ley citado, en sus páginas 2 y 3 la incapacidad se determina como elemento de la recuperación de la salud de la persona, que no puede ser valorado solamente por las condiciones económicas, sino también por garantizarle el restablecimiento de las condiciones dignas y justas al trabajador para que pueda desempeñar

sus funciones. Como lo señala la sentencia constitucional número 2007-17971, que se menciona en el proyecto de ley que nos interesa.

DE LA PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES DURANTE EL EJERCICIO DEL TRABAJO

Sobre éste tema en el Título cuarto del Código de Trabajo se estipula la protección al trabajador contra los riesgos devenidos de sus ocupaciones laborales.

El artículo 2 del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud, establece definiciones sobre los riesgos laborales que no se cubren en primera instancia por el aseguramiento de la Caja Costarricense de Seguro Social, sino por el Instituto Nacional de Seguros, los cuales citamos en los siguientes párrafos:

RIESGO EXCLUIDO

Comprende todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales Gobernados y Administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud, dentro de los que se incluyen, al menos, los casos de Riesgos del Trabajo de conformidad con la Ley N°6727 y los casos de accidentes de tránsito, en tanto cubiertos por el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, regulado por la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078 y lo establecido en el Capítulo XI del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud.

RIESGOS DE TRABAJO

Constituyen riesgos del trabajo los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores(as), con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades.

ENFERMEDAD DE TRABAJO

Se denomina enfermedad de trabajo a todo estado patológico que resulta de la acción continuada de una causa, que tiene su origen o motivo en el propio trabajo o en el medio y condiciones en que el trabajador(a) labora, y se establezca que éstos han sido la causa de la enfermedad.

ACCIDENTE DE TRABAJO

Según lo establece el artículo 196 del Código de Trabajo, se denomina accidente de trabajo, todo percance que le suceda al trabajador(a) como causa de la labor que ejecuta o como consecuencia de ésta, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del patrono o sus representantes, y que puede producirle la muerte o la pérdida o reducción, temporal o permanente, de la capacidad para el trabajo. También se califica de accidente de trabajo, el que ocurra al funcionario(a) en las siguientes

circunstancias: a) En el trayecto usual de su domicilio al trabajo y viceversa (in itinere), cuando el recorrido que efectúa no haya sido interrumpido o variado, por motivo de interés personal del funcionario(a) siempre que el patrono proporcione directamente o pague el transporte, igualmente cuando en el acceso al centro de trabajo deban afrontarse peligros de naturaleza especial, que se consideren inherentes al trabajo mismo. b) En el cumplimiento de órdenes del patrono, o en la prestación de un servicio bajo su autoridad, aunque el accidente ocurra fuera del lugar de trabajo y después de finalizar la jornada. c) En el curso de una interrupción del trabajo, antes de empezar o después de terminado, si el trabajador se encuentra en el lugar de trabajo, con el consentimiento expreso o tácito del patrono o de sus representantes. d) En cualquiera de los eventos que define el inciso e) del artículo 71 del Código de Trabajo (en caso de siniestro o riesgo inminente en que las personas o intereses del patrono, o algún compañero (a) de trabajo se encuentra en peligro).

ALTA MÉDICA

Es el juicio clínico o acto que emite el médico o los médicos sobre la condición de un paciente que está bajo su cuidado y responsabilidad, el cual determina que, finalizado el tratamiento médico el paciente está en condiciones de reincorporarse nuevamente a sus labores habituales y su problema de salud por el cual ha estado incapacitado ha sido resuelto.

III) CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

La Sala Constitucional, ante la apertura del monopolio de los seguros, en el Voto 16628-2012, en relación a los Riesgos del Trabajo, señaló lo siguiente:

“... el monopolio de los seguros obligatorios en favor del INS se rompe a partir de la aprobación por referéndum del TLC...” (Igualdad de mercado)

-“...una verdad de Perogrullo es que el Código de Trabajo debe ser interpretado conforme la apertura del mercado, de manera que si el artículo 205 del Código de Trabajo establece al Instituto Nacional de Seguros como el ente administrador del seguro, ello claramente fue modificado por el Tratado y las Leyes de implementación, para dar lugar a la SUGESE y sus competencias...” (Lo resaltado no es del original)

Por consiguiente, el Código de Trabajo, que data de 1943, debe ser profundamente analizado y plantear las reformas necesarias para que se adapte a los cambios, tal y como lo indica la Sala Constitucional, ya que el mismo fue pensado bajo el monopolio del Instituto Nacional de Seguros, el cual está superado. Las reformas deben ajustarse lo que establece la normativa contemplada en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, entre otros.

Con base en lo expuesto, esta Gerencia considera que al contemplarse como riesgos excluidos del aseguramiento brindado por la Caja Costarricense de Seguro Social y por mandato legal, según el artículo 193 del Código de Trabajo, son competencia del Instituto Nacional de Seguros, o de otra empresa de seguros adscrita a la Superintendencia de Seguros que comercialice el seguro de Riesgos del Trabajo, es necesario que se armonicen los parámetros constitucionales del Derecho a la Salud y la continuidad de la incapacidad hasta que el trabajador sea dado de alta para que pueda desempeñarse en sus funciones.

Por lo anterior, es criterio de esta Gerencia, que el proyecto de ley analizado es conveniente a los intereses institucionales, ya que procura,- en este caso CCSS–Patrono-, que sus trabajadores gocen ante el evento de un riesgo del trabajo, de la debida protección a su salud y prestaciones económicas por parte del ente asegurador, sea INS o cualquiera otra comercializadora de seguros, que asumió el riesgo por el pago de la respectiva prima de la póliza de riesgo de trabajo, garantizando así su recuperación y estabilidad laboral.

Por estas razones, se considera que la reforma propuesta en el proyecto de ley consultado, no contiene ningún roce de legalidad ni interfiere con las competencias institucionales, por lo que no existe motivo alguno para oponerse al mismo...”.

B. GERENCIA FINANCIERA

Por oficio CAIP-0406-2014 del 23 de julio de 2014, la Licda. Silvia Elena Dormond Sáenz, Asesora Legal de esta dependencia gerencial, señala:

“...De previo a conocer el fondo del asunto, resulta conveniente indicar que se entiende por riesgo de trabajo, y en ese sentido los artículos 195, 196 y 197 del Código de Trabajo, señalan:

“...ARTICULO 195.-

Constituyen riesgos del trabajo los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades.

(Así reformado por el artículo 1º de la Ley Sobre Riesgos del Trabajo N° 6727 de 9 de marzo de 1982.)

ARTICULO 196.-

Se denomina accidente de trabajo a todo accidente que le suceda al trabajador como causa de la labor que ejecuta o como consecuencia de ésta, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del patrono o sus representantes, y que puede producirle la muerte o pérdida o reducción, temporal o permanente, de la capacidad para el trabajo.

También se calificará de accidente de trabajo, el que ocurra al trabajador en las siguientes circunstancias:

- a. En el trayecto usual de su domicilio al trabajo y viceversa, cuando el recorrido que efectúa no haya sido interrumpido o variado, por motivo de su interés personal, siempre que el patrono proporcione directamente o pague el transporte, igualmente cuando en el acceso al centro de trabajo deban afrontarse peligros de naturaleza especial, que se consideren inherentes al trabajo mismo. En todos los demás casos de accidente en el trayecto, cuando el recorrido que efectúe el trabajador no haya sido variado por interés personal de éste, las prestaciones que se cubran serán aquellas estipuladas en este Código y que no hayan sido otorgadas por otros regímenes de seguridad social, parcial o totalmente.
- b. En el cumplimiento de órdenes del patrono, o en la prestación de un servicio bajo su autoridad, aunque el accidente ocurra fuera del lugar de trabajo y después de finalizar la jornada.
- c. En el curso de una interrupción del trabajo, antes de empezarlo o después de terminarlo, si el trabajador se encontrare en el lugar de trabajo o en el local de la empresa, establecimiento o explotación, con el consentimiento expreso o tácito del patrono o de sus representantes.
- ch) En cualquiera de los eventos que define el inciso e) del artículo 71 del presente Código (...)

ARTICULO 197.-

Se denomina enfermedad del trabajo a todo estado patológico, que resulte de la acción continuada de una causa, que tiene su origen o motivo en el propio trabajo o en el medio y condiciones en que el trabajador labora, y debe establecerse que éstos han sido la causa de la enfermedad...”.

De igual manera, resulta importante indicar las obligaciones que tienen los entes aseguradores ante la presencia de un riesgo de trabajo, y en ese sentido, los artículos 206 y 218 del Código de marras disponen:

“...ARTICULO 206.-

Emitido el seguro contra los riesgos del trabajo, el ente asegurador responderá ante el trabajador por el suministro y pago de todas las prestaciones médico- sanitarias, de rehabilitación y en dinero, que se establezcan en este Código, subrogando al patrono en los derechos y obligaciones que le corresponden. La responsabilidad de la institución aseguradora, en cuanto a prestaciones en dinero, se determinará sobre la base del monto de los salarios informados por el patrono, como devengados por el trabajador, con anterioridad a que ocurra el riesgo. Para este efecto, servirán de prueba las planillas presentadas por el patrono a la institución o cualesquiera otros documentos, que permitan establecer el monto verdaderamente percibido por el trabajador.

Si los salarios declarados en planillas fueron menores de los que el trabajador realmente devengó, la institución aseguradora pagará, al trabajador o a sus causahabientes, las sumas correctas que en derecho

correspondan y conservará la acción contra el patrono, por las sumas pagadas en exceso, más los intereses del caso.

El trabajador podrá plantear administrativamente, cualquier disconformidad, en relación con el suministro que la institución aseguradora haga de las prestaciones señaladas en este artículo, y ésta deberá pronunciarse al respecto, en el término máximo de quince días hábiles, contados a partir de la interposición de la manifestación por escrito del trabajador. En cuanto al cálculo y fijación de las prestaciones en dinero, el trabajador o sus causahabientes podrán aportar o señalar cualesquiera medios de pruebas que lo favorezcan.

(Así reformado por el artículo 1º de la Ley Sobre Riesgos del Trabajo N° 6727 de 9 de marzo de 1982.)

ARTÍCULO 218.- El trabajador al que le ocurra un riesgo del trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones:

a. Asistencia médico- quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación.

b. Prótesis y aparatos médicos que se requieran para corregir deficiencias funcionales.

c. Prestaciones en dinero que, como indemnización por incapacidad temporal, permanente o por la muerte, se fijan en este Código.

ch) Gastos de traslado, en los términos y condiciones que establezca el reglamento de este Código.

d. Gastos de hospedaje y alimentación, cuando el trabajador, con motivo del suministro de las prestaciones médico-sanitarias o de rehabilitación, deba trasladarse a un lugar distinto de la residencia habitual o lugar de trabajo. Por vía de reglamento, se fijará la suma diaria que por estos conceptos debe entregarse al trabajador, la que será revisada cada año.

Cuando la institución aseguradora disponga de centros propios, destinados a ese efecto, o contrate dichos servicios en lugares adecuados para ello, podrá sustituir esta prestación en dinero, ubicando a los trabajadores en ellos. En ambos casos, el trabajador deberá someterse a los requisitos de conducta que su estado exige. Si no lo hiciere, justificadamente, la institución no tendrá responsabilidad por las agravaciones que puedan surgir como consecuencia directa de la conducta del trabajador.

e. Readaptación, reubicación y rehabilitación laboral que sea factible otorgar, por medio de las instituciones públicas nacionales especializadas en esta materia, o extranjeras, cuando así lo determine el ente asegurador o, en su caso, lo ordene una sentencia de los tribunales...”. (Lo destacado no corresponde al original)

De lo anterior se colige, que el trabajador tiene derecho a recibir por parte de las entidades aseguradoras, todas las prestaciones médico- sanitarias, de rehabilitación y en dinero, por concepto o derivados del riesgo de trabajo.

Ahora bien, respecto al proyecto de ley bajo estudio, se indica que su objetivo es “...modificar la normativa del Código de Trabajo sobre el plazo máximo de disfrute del subsidio por incapacidad temporal para trabajadores

que han sufrido riesgos del trabajo, con el fin de hacerla compatible con los principios derivados de la protección constitucional de los derechos humanos fundamentales a la salud, a la seguridad social, a la solidaridad y al trabajo...”.

En razón de lo citado, se pretende reformar los artículos 223, 236 y 237 del Código de Trabajo, a fin de eliminar el tope de dos años impuestos por dichos numerales, al considerar que se trata de una limitación contraria a los derechos constitucionales.

En este punto, es necesario traer a colación lo señalado por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia en la resolución 17971-2007 del 12 de diciembre de 2007, mediante la cual se anuló por inconstitucionales el artículo 9 y el párrafo tercero del artículo 10 del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud, aprobado por la Junta Directiva de la CAJA en el artículo 1 de la Sesión N° 7897 del 14 de octubre de 2004, y que dispone:

“...Según quedó expuesto, definir el término de las incapacidades y del subsidio a un plazo fijo temporal como está dispuesto actualmente en las normas impugnadas, a pesar de que un especialista en ciencias médicas recomiende la prórroga de la misma, no garantiza de modo alguno la condición de salud del trabajador, sino que incluso puede acarrearle hasta la pérdida de su trabajo. Lo procedente es entonces que se den las prórrogas necesarias que aseguren su recuperación y la apropiada reincorporación al trabajo, cuando ello sea posible. La Sala entiende que el abuso de esta derogatoria puede constituir una afectación importante al mantenimiento de los seguros sociales, sin embargo entiende que si su aplicación se realiza correctamente y bajo criterios médicos estrictos con la responsabilidad del caso, que tutelen en primera instancia el derecho a la salud de los trabajadores y no que coloquen como razón principal y última, la protección meramente económica del sistema de seguridad social, el sistema puede mantener este importante aspecto de un Estado Social...”.

Así las cosas, considerando tanto los criterios técnicos citados como lo anteriormente señalado, se determina que la eliminación del tope de marras, tendría un efecto económico positivo en el Seguro de Salud de la institución, toda vez que al no existir el mismo, las entidades aseguradoras tendrían que hacerse cargo –como corresponde– de todas las prestaciones médico-sanitarias, de rehabilitación y en dinero, que se genere por un riesgo de trabajo, ya sea por accidente o enfermedad, durante la recuperación de salud del trabajador, situación que en la actualidad no ocurre, por cuanto al cumplirse los dos años de tratamiento, los casos son trasladados a la CAJA, debiendo asumir la institución el costo total de la recuperación médica e incapacidad del paciente de riesgo laboral.

Al respecto ha de tenerse presente que el artículo 73 de la Constitución Política, señala:

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

No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales...”
(Lo destacado no corresponde al original)...”.

IV. CONCLUSIONES

De lo ampliamente esbozado, se recomienda contestar la audiencia conferida en forma positiva, al considerarse los siguientes aspectos:

- a) El Código de Trabajo, que data de 1943, debe ser profundamente analizado y plantear las reformas necesarias para que se adapte a los cambios, tal y como lo indica la Sala Constitucional, ya que el mismo fue pensado bajo el monopolio del Instituto Nacional de Seguros, el cual está superado. Las reformas deben ajustarse lo que establece la normativa contemplada en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, entre otros.
- b) Conforme el artículo 193 del Código de Trabajo, son competencia del Instituto Nacional de Seguros, o de otra empresa de seguros adscrita a la Superintendencia General de Seguros, la cobertura de los Riesgos del Trabajo, siendo necesario que se armonicen los parámetros constitucionales del Derecho a la Salud y la continuidad de la incapacidad hasta que el trabajador sea dado de alta para que pueda desempeñarse en sus funciones.
- c) Constituyen riesgos del trabajo los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades.
- d) Emitido el seguro contra los riesgos del trabajo, el ente asegurador responderá ante el trabajador por el suministro y pago de todas las prestaciones médico- sanitarias, de rehabilitación y en dinero.
- e) Modificar la normativa del Código de Trabajo sobre el plazo máximo de disfrute del subsidio por incapacidad temporal para trabajadores que han sufrido riesgos del trabajo, resulta compatible con la protección constitucional de los derechos humanos fundamentales a la salud, a la seguridad social, a la solidaridad y al trabajo.
- f) Definir el término de las incapacidades y del subsidio a un plazo fijo temporal como está dispuesto actualmente, no garantiza de modo alguno la condición de salud del trabajador, sino que incluso puede acarrearle hasta la pérdida de su trabajo, siendo lo procedente, entonces, que se den las prórrogas necesarias que aseguren su recuperación y la apropiada reincorporación al trabajo, cuando ello sea posible.

- g) De conformidad con el artículo 73 de Constitución Política, la CAJA no podrá transferir ni emplear en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales.

VI. RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA

Con base en los dictámenes técnico-legales emitidos por las Gerencias Médica y Financiera, se recomienda contestar la audiencia conferida por la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa, referente al proyecto de la ley denominado “Modificación de los artículos 236 y 237 y derogatoria del subinciso 2) del inciso a) del artículo 223 del Código de Trabajo, Ley N.º 2, de 27 de agosto de 1943 y sus reformas” y tramitado bajo el expediente N° 17.415, en los siguientes términos (...).”

El licenciado Picado Chacón se refiere al criterio en consideración, en los siguientes términos:

Refiere el Gerente Financiero que el Proyecto de Ley en análisis, se relaciona con una reforma propuesta que plantea eliminar el límite de los dos años otorgados como incapacidad y el pago de subsidio en materia de riesgos del trabajo. Se realizó la presentación y una propuesta de no oposición al Proyecto.

El Director Alvarado Rivera solicita se aplique el artículo 10º del Reglamento de la Junta Directiva, para que el tema se analice en la próxima sesión de la Junta Directiva. Menciona que sigue creyendo que la Junta Directiva debe suspender el Convenio que existe entre la Caja el Instituto Nacional de Seguros (INS) y esa es la justificación del por qué no votará la propuesta. Considera que los pacientes deben llegar directamente a la Caja, ser atendidos y no exista esa duplicidad en las funciones porque, eventualmente, se va a incurrir en costos para el pequeño y el mediano productor, así como para las Empresas de este país. Le preocupa porque cuando se libere ese tope se van a incrementar las primas de los seguros. Por lo tanto, no votará el tema.

La Directora Alfaro Murillo vota negativamente la propuesta de acuerdo por las mismas razones expuestas por el licenciado Alvarado Rivera.

La Directora Soto Hernández indica que le llamó la atención la publicación de una entrevista en el Periódico La Nación, sin que se haya aprobado el Proyecto de Ley. Pregunta si es normal o anormal. Le parece que se debe tener cautela, porque si la Junta Directiva no ha tomado un acuerdo, como van a estar dando declaraciones en un medio de comunicación y en relación con lo que se había indicado en la sesión de hoy hace ocho días. Le parece que se debe aprobar una política en el sentido de que las personas que se presenten a exponer un tema en la Junta Directiva, no deben informarlo al público hasta que el asunto tenga firmeza.

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que existe una lógica en la Institución, todos los días hay periodistas y en algunas oportunidades se debe expresar la posición institucional. En el caso de referencia, la Periodista Patricia Leitón viene realizando un reportaje en el que se analiza la situación, lo cual le parece positivo en el sentido de que el Instituto Nacional de Seguro les deja de pagar una serie de accidentes porque la póliza no alcanza, pero es un tema de valoración, considera que el reportaje es de beneficio y positivo para la institución. Asimismo, se promueve la discusión que se está dando al respecto. Se tendría que analizar si en específico, se considera

alguna expresión, idea, o posición que adoptó el licenciado Wven Porras, que fue la persona entrevistada y a la señora Directora Soto Hernández, le haya parecido como un exceso.

Le parece a la licenciada Soto Hernández que, eventualmente, puede ser desatento que se exponga un tema en un periódico que es el más “importante” del país, un asunto que se trató el jueves y el martes circuló en el Periódico La Nación, al cual no se le había dado la firmeza en la Junta Directiva.

Reitera el licenciado Picado Chacón que la cobertura que realizó esa periodista es muy general y no es un tema que lo trabaje de un día para el otro. Hay entrevistas que se realizan y se publican tres, cuatro, cinco días después, porque se buscan posiciones e información. Indica que a él particularmente el enfoque, le parece positivo a ese nivel, muy general, no se externó criterio diciendo que se iban a tratar de desarrollar algún mecanismo para que la Caja asuma seguros de esa naturaleza.

El Director Barrantes Muñoz menciona que entiende la preocupación de doña Mayra. En el caso concreto cuando leyó la información, le pareció que evidencia un ámbito de desprotección o de desventaja en la relación con el INS y en el marco de la apertura de Seguros, eventualmente, lo que puede implicar es desventaja para las propias aseguradoras. En ese sentido, consideró que era una oportunidad de señalar una problemática.

La Directora Soto Hernández acepta las aclaraciones.

Sometida a votación la moción, cuya la resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores excepto por el Director Alvarado Rivera y la Directora Alfaro Murillo que, votan en forma negativa.

Por consiguiente, con fundamento en las consideraciones y criterios vertidos por las instancias técnicas y legales de la Gerencia Financiera, contenidos en el citado oficio número GF-24.517-2014, la Junta Directiva –por mayoría, en virtud de que votan en forma negativa la Directora Alfaro Murillo y el Director Alvarado Rivera- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante, que la Institución no se opone al citado Proyecto habida cuenta de que las reformas propuestas a los artículos 223, 236 y 237 del Código de Trabajo, resultan concordantes con la protección constitucional de los derechos humanos fundamentales a la salud, a la seguridad social, a la solidaridad y al trabajo.

Además, resulta ser un aporte significativo en la reducción de costos institucionales, toda vez que al eliminarse el tope de dos años indicado en los artículos supracitados, las entidades aseguradoras que comercialicen Riesgos de Trabajo, tendrían que hacerse cargo de todas las prestaciones médico-sanitarias, de rehabilitación y en dinero, que se generen por un riesgo de trabajo, ya sea por accidente o enfermedad, durante la recuperación de salud del trabajador.

Una vez que el Director Loría Chaves se incorpore a la sesión se someterá a votación la firmeza.

Ingresa al salón de sesiones los licenciados Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, y Wven Porras Núñez, Abogado de la Dirección de Coberturas Especiales.

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

ARTICULO 6°

Se presenta el oficio N° GF-22.372-14, del 9 de julio del año 2014, que suscribe el Gerente Financiero, mediante el que se atiende lo solicitado en el artículo 25° de la sesión N° 8625 del 28 de febrero del año 2013 y contiene el Proyecto de “Reglamento de Riesgos Excluidos de la CCSS”.

El Director Devandas Brenes expresa su preocupación en el sentido de que desconoce cuál es la mecánica por seguir, tiene cuarenta observaciones del Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja y por cuestiones de tiempo no logró aprovechar el planteamiento del Gerente Financiero para que se reunieran y trataran el asunto antes. Reitera su preocupación, porque si se analiza una a una sus observaciones, se invertiría mucho tiempo. Le parece que se podrían plantear las más significativas, pero manifiesta tener gran cantidad de inquietudes sobre el Reglamento. Por otro lado, solicita el criterio jurídico en el sentido de si el Reglamento va a formar parte del contrato que se firmará con las empresas aseguradoras, incluido, el Instituto Nacional de Seguros. Señala que este Reglamento tiene una gran cantidad de aspectos que son, exclusivamente, para la administración de la Caja; por ejemplo, las obligaciones para capacitar el personal, y otros que no se relacionan con las empresas aseguradoras, son aspectos que se establecerían en el contrato. Por otro lado, si se incluye este Reglamento en un contrato, le preocupa que luego no se pueda modificar bilateralmente, porque si está incluido como una cláusula de un contrato, la Institución quedaría indefensa ante cualquier modificación que se quiera realizar.

Sobre el particular, el Subgerente Jurídico anota que es una fórmula de operación jurídica que existe, cuando se indica que a ese contrato se integra el Reglamento, se entiende como una técnica jurídica en lo conducente a lo que resulte aplicable. Por otro lado, no se determina una discusión entre las partes, en cuanto a si la Caja tiene un departamento que se denomine de determinada manera porque está en el Reglamento. Es un asunto no entregable al Reglamento como tal, solo en lo sustancial y conducente a él. Por otra parte, si se incorpora en esos términos el Reglamento al contrato y, por ejemplo, surge la necesidad de modificar el Reglamento, no se podría por cuanto existiría una limitante contractual; por lo que el Reglamento se debería incorporar dentro del contrato con una cláusula contractual, en términos de que en todo contrato, eventualmente, se puede modificar esa cláusula, pero no puede darle efecto retroactivo, se debe respetar con quién tiene incumplimiento en ejecución, situaciones concretas. Hacia el futuro se puede modificar ese Reglamento y aplica hacia el futuro a las partes con quienes se ha convenido y así respetar la situación jurídica de lo que ha regido en ese momento. Aclara que este es un contrato típico de adhesión, en términos de que partiendo del hecho de que siendo la Caja con una realidad insoslayable, una Institución y que a nivel nacional tendría o tiene que atender necesidades de personas que sufre accidentes de una y otra naturaleza, la Institución indica que si va a atender a estos pacientes afectados, entonces la Caja puede establecer su papel como institución pública, porque administra fondos públicos. Por ejemplo, no se puede analizar con cada persona el contrato para determinar qué le parece el contrato, la cláusula a, b ó c. La Caja establece sus propias reglas, este es un contrato de adhesión de manera que se aproveche y se indique que se tiene integrado a este contrato el Reglamento, porque tiene un espíritu de reforzar y ampliar, incluso, en muchos puntos ese tema, esa cobertura que la Caja debe de dar en atención a eventualidades de esta naturaleza, aunque podría ser que al incluirlo sea un contrato con mucho volumen. Reitera es un tema de operatividad funcional jurídica y contractual, es un contrato de adhesión, por lo tanto si la Caja el día de mañana entiende que tiene que modificar ese contrato,

como los hay en cualquier institución pública, dado que el acto administrativo, al estar motivado, fundamentado y el por qué se modifica a ó b situación, pero no tiene impedimento para hacerlo.

Por lo tanto y con base en lo deliberado, la Junta Directiva –en forma unánime- acuerda trasladar a la Gerencia Financiera y al Director Devandas Brenes, para su análisis, en un plazo de dos semanas, el Proyecto de “Reglamento de Riesgos Excluidos de la CCSS”, que ha sido distribuido mediante la nota del N° GF-22.372-14, del 9 de julio del año 2014, que suscribe el Gerente Financiero.

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

La Directora Alfaro Murillo se disculpa y se retira temporalmente del salón de sesiones.

ARTICULO 7°

El licenciado Picado Chacón presenta el oficio N° GF-23.015-14, de fecha 24 de julio del año 2014, firmado por él, que contiene la propuesta “Política integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales de la CCSS”. Anota que este tema está asociado con el punto anterior, es una política integral para la atención y recuperación de costos de las coberturas especiales para la prestación de servicios de salud de la Caja. Señala que en el Informe de los Notables en la Recomendación N° 79, indica que se debe definir la política y mecanismos de cobro al Instituto Nacional de Seguros (INS) y a las aseguradoras privadas. En ese momento la Junta Directiva entendió que este alcance es muy limitado y se acuerda instruir a la Gerencia Financiera para que presente una política integral de riesgos excluidos. Sobre el planteamiento de la propuesta, la Auditoría recientemente, realizó observaciones y la Gerencia Financiera presenta una política integral de atención. Lo menciona porque puede ser que exista una discusión de si el tema debería alcanzar el nivel de política y por qué la administración no podría ejecutar esas acciones sin que, necesariamente, se determine en un marco político. Por otro lado, al igual que este Reglamento, la gestión sobre el tema de riesgos excluidos y coberturas especiales, se inicia desde el año 2011, con la creación de la Dirección de Coberturas Especiales. Se trata de tener una Norma para acuarpar todo esto, la Política también responde a aspectos que están en proceso y se van a integrar en la política y otras, que a partir de la política se van a gestionar. Por otra parte, refiere que el licenciado Miguel Cordero realizará la presentación del tema.

Seguidamente y con el apoyo de las siguientes láminas, don Gustavo se refiere a la propuesta en consideración:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Financiera
Dirección de Coberturas Especiales.
Política Integral
Atención y Recuperación de Costos de las Coberturas Especiales para la Prestación de Servicios de la CCSS.

ii) Antecedentes: ¿Por qué una Política?

Informe de Especialistas Recomendación R.79 Definir la Política y mecanismos de cobro al INS y a las aseguradoras privadas en virtud de la apertura del mercado de seguros en el país	Junta Directiva Acuerdo 8625 Artículo 25 Acuerda instruir a la Gerencia Financiera... presente la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales	Auditoría Interna Presenta observaciones en relación con la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales Oficio 43415	Gerencia Financiera Presenta propuesta de Política Integral Atención y Recuperación de Costos de las Coberturas Especiales para la Prestación de Servicios de la CCSS GF-23.015
Setiembre 2011	Febrero 2013	Agosto 2014	Agosto 2014

iii) Diagnóstico de la situación:

La Dirección de Coberturas Especiales a mediados del año 2012, inició una labor de diagnóstico a nivel nacional en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, tendente a establecer las debilidades y oportunidades de mejora en materia de Coberturas Especiales. Dicho diagnóstico finaliza en el mes diciembre del 2013.

El trabajo incluyó entre otros, visitas de campo, talleres, entrevistas y programas de concientización y capacitación.

Como resultado se lograron identificar seis áreas fundamentales de atención:

- a. Modelo de gestión.
- b. Normas y procedimientos.
- c. Sistemas de Información. → Política.
- d. Recurso Humano.
- e. Control y evaluación.
- f. Divulgación y comunicación.

iv) Objetivos fundamentales de la Política Integral para la atención y recuperación de Costos de las Coberturas Especiales

Marco normativo: Establecer lineamientos de nivel superior, que orienten las labores Institucionales en materia de Coberturas Especiales.

Mecanismos: Facilitar la estandarización y regulación de los procesos financieros en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

Estrategia: Enlazar verticalmente la organización para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Gestión: Coadyuvar a una gestión eficiente y eficaz para la identificación, recaudación y cobro de las sumas facturadas por Coberturas Especiales.

v) Propósito y alcance de la Política Integral

Propósito:

Disponer en el ámbito institucional de una política integral de orden general que regirá las acciones para la recuperación efectiva de los costos por la atención médica brindada a personas protegidas por coberturas especiales, seguros de riesgos excluidos y no asegurados.

Alcance:

Dirigida a desarrollar la normativa y la regulación en materia de Riesgos Excluidos, Indigentes, Leyes Especiales, Asegurados Morosos y No Asegurados con capacidad de pago a nivel institucional, con el fin de dotar al personal de los instrumentos normativos que permitan facilitar la recuperación de los costos por concepto de la atención de los servicios salud.

vi) Política general y específicas:

Política General

La Caja fortalecerá los procesos de atención a la población no cubierta por los seguros cuya administración le han sido constitucionalmente conferidos, a través del desarrollo de una estrategia global para brindar la atención y recuperación en forma íntegra y oportuna, de la totalidad de los costos incurridos.

Políticas específicas:

Gestión de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales

Modelo de Gestión.

Divulgación y Comunicación

Requisitos y normalización.

Control y evaluación.

Sistema de Información.

Recurso humano.

vii) Políticas Específicas y Resultados Esperados

Modelo de gestión	Resultados esperados
<p>Evaluar el actual proceso y modelo de gestión, con el propósito de proponer iniciativas innovadoras, eficientes y de más alta productividad, considerando en todo momento la satisfacción del usuario como eje principal de la gestión.</p>	<p>Uniformar y sistematizar las prácticas administrativas que se ejecutan en las unidades de validación, como parte de la mejora de los procesos de validación y afiliación de los servicios médicos e incrementar el uso eficiente del recurso humano disponible.</p>
<p>Productos esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redefinir el proceso sustantivo relacionado el aseguramiento de las personas en el Seguro de Salud y la atención de aquellas otras sujetas a coberturas especiales, seguros de riesgos excluidos y no asegurados. • Diseñar una propuesta de estructura y modelo de gestión para las unidades de validación. 	

viii) Políticas Específicas y Resultados Esperados

Regulación y normalización	Resultados Esperados
Establecer las estrategias, la regulación, los mecanismos y la normativa técnica en materia de atención y recuperación de costos por servicios prestados a personas no cubiertas por el régimen de enfermedad y maternidad.	Contar con las normas, manuales y procedimientos necesarios para la adecuada identificación, registro, facturación y cobro de servicios médicos, que estandaricen y faciliten la gestión financiera derivada de la atención a la población no cubierta por el seguro de enfermedad y maternidad.
Productos esperados <ul style="list-style-type: none"> • Manual del Seguro por el Estado. • Disponer del Reglamento de Riesgos Excluidos. • Concluir y presentar el manual para la facturación y cobro a personas no aseguradas. • Establecer un manual de procedimientos para la facturación y cobro al Estado por concepto de Leyes Especiales. • Comunicación y divulgación a la administración activa para su aplicación. 	

ix) Políticas Específicas y Resultados Esperados

Recurso humano	Resultados Esperados
Establecer responsabilidades dirigidas a propiciar que la Institución cuente con el recurso humano necesario, motivado, identificado con su labor y capacitado para ejecutar un adecuado proceso de Validación y Facturación de Servicios Médicos.	Contar con el recurso humano especializado, capacitado y debidamente clasificado en el escalafón de puestos institucional, en cantidad suficiente para cubrir la demanda en la atención de la población meta de esta Política.
Productos esperados <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los programas de capacitación permanentes que desarrolla la Dirección de Coberturas Especiales a través de sus áreas técnicas en materia de coberturas especiales. • Contar con un estudio de perfiles de puestos y cargas de trabajo actualizado, que permita tomar decisiones en materia de dotación de personal y clasificación de puestos. 	

x) Políticas Específicas y Resultados Esperados

Sistema de información	Resultados Esperados
Diseñar y desarrollar las herramientas informáticas que faciliten el control de los procesos y la toma de decisiones relacionadas con la población no cubierta por el seguro de salud.	Dotar a las Unidades Médicas con las herramientas informáticas necesarias para cubrir los requerimientos de información adecuados para llevar a cabo los procedimientos de facturación, cobro y recaudación.

<p>Productos esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Módulo de Facturación de Riesgos Excluidos (MIFRE). • Módulo Validación de derechos en línea. • Concluir e implementar el Módulo de facturación a no Asegurados. • Desarrollar la automatización de la gestión de cobro administrativo y judicial del MIFRE. • Continuar con el proceso de análisis y depuración de la base de datos de asegurados por el Estado del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC). • Implementar las mejoras planteadas al sistema SIAC.

xi) Políticas Específicas y Resultados Esperados

Control y evaluación	Resultados Esperados
<p>Establecer los mecanismos de control y evaluación de la gestión de validación, facturación y cobro de los servicios médicos brindados a la población no asegurada en el Seguro de Salud, por parte de las Unidades Médicas.</p>	<p>Promover la cultura de rendición de cuentas sistemática en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, que ayuden en la toma de decisiones y corrección de procedimientos y alternativas de cobro y facturación, así como en la identificación de las personas atendidas en los Centros Médicos.</p>
<p>Productos esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un modelo de control y evaluación para medir la gestión de los procesos y actividades de las unidades de validación en función del Modelo Funcional aprobado para tales instancias • Desarrollar un modelo de gestión de calidad en las unidades de validación. 	

xii) Políticas Específicas y Resultados Esperados

Divulgación y comunicación	Resultados Esperados
<p>Educar, informar y sensibilizar a la población en general y en específico aquella protegida por coberturas especiales, seguros de riesgos excluidos y no asegurados, respecto a las funciones y responsabilidades de la institución y demás participantes, en relación con dicha temática.</p>	<p>Promover una mayor conciencia y educación entre la población no cubierta por el Seguro de Salud, respecto a las ventajas y necesidad de que se afilien y contribuyan al Seguro Social bajo alguna de las modalidades de aseguramiento disponibles. Así como sobre el uso racional de los servicios médicos, y los costos que implican las atenciones recibidas.</p>
<p>Productos esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una estrategia articulada e integrada interinstitucional, para abordar la situación de las coberturas especiales y riesgos excluidos. • Promover la responsabilidad de los ciudadanos en materia de los riesgos excluidos. 	

xiii) Plan de acción Política Integral Atención y Recuperación de Costos de las Coberturas Especiales para la Prestación de Servicios de la CCSS: 2014 -2016.

- xiv) Propuesta Acuerdo Junta Directiva.
- xv) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

De conformidad con la presentación realizada por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero y Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, así como de la información contenida en los oficios GF-23.015 del 24 de julio del 2014 de la Gerencia Financiera y del informe técnico emitido por la Dirección de Coberturas Especiales en nota DCE-0267-07-2014 del 23 de julio del 2014, la Junta Directiva ACUERDA:

Acuerdo Primero: Aprobar la “Política Integral para la Atención y Recuperación de Costos de las Coberturas Especiales por la Prestación de Servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social” dando con ello por atendido el artículo 1°, acuerdo sexto de la sesión N° 8554 y artículo 25°, de la sesión 8625.

Acuerdo segundo: Instruir a la Gerencia Médica, Administrativa y Financiera para que según el ámbito de sus competencias y a través de sus instancias técnicas correspondientes, procedan con la divulgación e implementación de la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Director Devandas Brenes pregunta si, en el caso de las aseguradoras privadas, la Ley obliga a que se tenga una base de datos, donde la Caja pueda consultar en el momento en que una persona indica que trabaja, por ejemplo, para una empresa.

Responde el licenciado Porras que la Ley obliga a la Superintendencia General de Seguros a contar con una base de datos. Eventualmente, la Institución interactuaría con la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) para contar con esa información.

A propósito de una consulta del Dr. Devandas Brenes, anota el licenciado Porras que en el caso del seguro obligatorio de automóviles, está expresamente regulado como de acceso público. En el caso de riesgos del trabajo, en vista de lo que resolvió la Sala Constitucional, se puede acceder a la información pero el Código lo establece, expresamente, porque no está modificado.

Don Mario pregunta si la Ley de Apertura de Seguros lo establece, el licenciado Porras contesta que no, la Ley Reguladora del Mercado de Valores crea la Superintendencia, o sea, la SUGESE como obligación mínima. Pero para el caso de riesgos de trabajo, la interpretación y según el voto de la Sala Constitucional, la SUGESE lo hará. Por otra parte, menciona que la SUGESE manifestó públicamente, que está en proceso la revisión del Reglamento que regula los Seguros Obligatorios. Se entiende que en esa reforma del Reglamento se precisará esos aspectos.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, en el sentido de que cuando la interpretación de la normativa no es clara, eventualmente, se da el problema de que se producen procesos judiciales prolongados que bloquean la sana administración. Le parece que se debe realizar un esfuerzo para que quede claro en el Reglamento y no a una interpretación posible, porque la Sala Constitucional podría hacer una segunda interpretación de ese proceso, para el seguro en específico. Considera que la apertura comercial y el Tratado de Libre Comercio tienen

legislación suficiente sobre gran cantidad de temas y el de la apertura de seguros es complejo. Insiste en que se debería absorber el tema de los seguros y no exista la posibilidad de que se comparta el espacio de los seguros. Aclara no tiene ningún aspecto en contra de los seguros privados, lo que sucede es que si no contiene lo que a la legislación de seguros privados compete, esta relación podría generar costos complejos para la Caja. Reitera que esa es su preocupación, por lo que votará negativo ese punto específico. Estima que se debe trabajar y en la producción de instrumentos de esta naturaleza, más bien que se busque la forma legal de apartarse de esta relación de los seguros privados y existan única y, exclusivamente, en la Seguridad Social y se pague a la Institución esos riesgos, porque de esa forma lo que se está dejando es un espacio para el mercado privado, en términos de que se va a involucrar en un seguro solidario, como el que se tiene en Costa Rica y, posiblemente, se expandiría en un riesgo.

El Director Devandas Brenes concuerda con don Renato y le parece que se tomó un acuerdo en el sentido de que la Subgerencia Jurídica, presente opciones de cómo lograr que la Caja asuma los riesgos del trabajo e, incluso, los seguros obligatorios de automóviles. Por otro lado, le preocupa el Reglamento porque al realizar el análisis, se determina que si una persona es trasladada en estado grave al Servicio de Emergencias de un Centro de Salud de la Caja, las aseguradoras establecen una serie de obligaciones al paciente, por ejemplo, haber dado aviso a la aseguradora. Considera que la Caja debe tener una base de datos donde se logre verificar la información de la persona, pero si el paciente está inconsciente para que indique cuál es la aseguradora, se puede tener la información de inmediato. Le preocupa que se le preste la atención al paciente y luego no se localiza la aseguradora responsable. Estima que es fundamental tener esa información en línea, para que se inicien los trámites que correspondan.

La señora Presidenta Ejecutiva manifiesta que el tema se debería revisar. Tiene entendido que el Hospital de Alajuela, estableció con el INS una plataforma para compartir la información, lo que reduce el tiempo de respuesta en el caso de accidentes de tránsito y en los asuntos laborales, desconoce qué sucedió con esta estrategia. Es una información que circuló en los medios de comunicación. Considera que esa estrategia se debe revisar para que se determine cómo funciona, qué limitaciones tiene, porque podría ser un modelo por revisar, para que la Caja pueda tener información oportuna sobre las personas que tienen ese seguro.

El doctor Devandas Brenes ve la conveniencia de que se realicen gestiones ante la SUGESE para asegurarse que en el Reglamento están incluidos esos lineamientos y proteger a la Institución. De tal manera que las empresas aseguradoras, estén obligadas a tener una base de datos con la información y la Caja pueda tener la información en el momento oportuno.

En cuanto a una consulta del Director Alvarado Rivera con respecto a riesgos excluidos de indigentes, anota el licenciado Cordero que en ese caso el Estado asume los costos, o bien en el caso de una cobertura por alguna Ley específica que se refieren a todas las leyes especiales que en este momento están vigentes, por ejemplo, el tema de la mujer embarazada, Código de la Niñez y la Adolescencia, Cáncer de Cérvix, son leyes específicas que regulan a cierto sector de la población y en esos casos, es el Estado quien debe asumir la cobertura. La política abarca todo, no solamente el tema de los riesgos excluidos sino las demás coberturas especiales.

El Director Barrantes Muñoz manifiesta una inquietud en cuanto al tema de las políticas, en relación con el concepto de riesgos excluidos. Por ejemplo, para el caso de siniestros cubiertos por pólizas de seguros obligatorios del INS (Instituto Nacional de Seguros) o de cualquiera, qué

sucede en caso de la indigencia, donde el riesgo es de la salud, no es un siniestro sino el riesgo de enfermarse y no tenga la condición de asegurado. Como ilustración, el tema de cáncer de cérvix, la Caja atiende a una mujer con cáncer de cérvix cuando está enferma, pero no la atiende como asegurada, para realizarle un examen en el plano del seguimiento y de la prevención. En ese sentido, tendría un costo menor que asumirlo cuando la mujer se encuentre con cáncer avanzado. Pregunta cómo se atiende esa situación en una política de esta naturaleza.

Sobre el particular, señala la señora Presidenta Ejecutiva que en términos generales, tradicionalmente, riesgos excluidos se había referido a esa connotación que don Rolando plantea, que es la de accidentes, más relacionados con el INS, pero en el accionar institucional se han dado normas, reglamentos, directrices, no necesariamente leyes en las que se plantea la priorización de algunas intervenciones, por ejemplo, el tema del cáncer de cérvix, recuerda que no existe una ley específica, son directrices institucionales básicamente que incluyen todo el programa de atención integral de la mujer, pero prioriza el tema de cáncer de cérvix. Le parece que hace algunos años, la Gerencia Médica emitió una directriz donde se indicaba que a toda mujer que se le practicara un Papanicolaou tenía que estar asegurada, de lo contrario tenía que pagar el seguro, lo que produjo una movilización de todas las mujeres de este país y de ahí, nace la otra directriz en términos de que se le debía brindar la atención integral. Aclara que especificaciones de esa naturaleza no son leyes, pero son como prioridades que de alguna forma establece la Institución, o se lo establecen a la Institución pero la mayoría de las veces no viene acompañada de normativa alguna que se relacione con el aseguramiento, sino como la acción concreta pero muy fraccionada. Anota que al leer esa parte le llamó la atención que se incluyera dentro del paquete esas acciones que estaban sueltas, porque las personas acuden a los servicios de salud pero no con la intención de solicitar atención integral, sino para que se les realice un examen, por ejemplo, el Papanicolaou. A veces, no necesariamente, las personas acuden por una intervención para estar protegida, como ilustración, el tema de vacunas. La Ley de Vacunas establece que el último sorteo del año de la Junta de Protección Social, tiene que financiar parte de la campaña de vacunación, pero es el sorteo de más baja compra y aporte poco para la facturación de la vacunación, pero está incluido, aunque el aporte es mínimo.

El Director Loría Chaves indica que se debe revisar si todos los establecimientos tienen claro el tema, como ejemplo, en el caso de algunas cooperativas no se les permite realizar esos exámenes a las mujeres que no son aseguradas, deberían de hacerlo porque son áreas de salud con una población problemática. Le parece que el discurso se debería unificar con la política en todos los establecimientos de salud. Como lo indicó don Rolando si se realiza un examen de cérvix hoy, va a curar cáncer mañana.

Interviene el Gerente Financiero y señala que el concepto de la política de la Caja es en términos de aseguramiento y protección a grupos. La Gerencia Financiera trabaja con riesgos excluidos que es el tema que se analiza en las últimas semanas. Cuando se refieren a coberturas especiales es porque se atienden los Asegurados por Cuenta del Estado y los protegidos por leyes especiales, pero existe otro segmento que son los no Asegurados y se relacionan. La política está muy enfocada en las disposiciones de aseguramiento de estos grupos en lo que concierne con la facturación, el cobro y la recuperación efectiva de lo que ha implicado el costo. Como ilustración, existe la Ley que protege al paciente de VIH-SIDA, bajo el mismo principio plantea don Rolando de que probablemente la prevención de ese grupo hubiera sido mejor. En ese sentido, las leyes son muy complejas, protegen a las personas cuando tienen una enfermedad específica y no protege a los individuos contra el riesgo, al igual como sucede con la mujer

embarazada, que la protege desde el momento del embarazo, en prenatales, y otros. El enfoque no es tanto de la lógica de los servicios sino más bien de aseguramiento, de la facturación, el cobro y la recuperación, en esas tres poblaciones específicas.

El Director Devandas Brenes pregunta que en los resultados esperados el diagnóstico previo al tema de la contabilidad de costos. Menciona que no lo ha visto como un producto esperado que se uniformen los costos en todas las unidades de la Caja. Sobre todo en las relaciones con las empresas aseguradoras que un Hospital le cobre por un servicio tanta cantidad de dinero y en otro tanto, si eso está contemplado como un producto esperado y en qué plazo se podría pensar que ya se tiene una contabilidad de costos uniforme en toda la Institución.

A propósito de una consulta del Director Devandas Brenes, señala don Gustavo que la Gerencia Financiera tiene una contabilidad de costos única institucional, de ahí se deriva un modelo tarifario y se implementó un sistema de facturación electrónica denominado el MIFRE (Módulo de Facturación de Riesgos Excluidos). En ese sentido, pueden existir diferencias de cómo se interpreta la información, de quienes analizan los expedientes y las actividades que se han tenido con un paciente, pero cuando se incluyen quebraduras o yeso, tiene un precio, porque está cargado en el sistema, por ejemplo, no se va a determinar que el Hospital de Niños va a indicar que el costo son veinte mil colones y el otro hospital cincuenta mil colones. Lo que puede haber es que el ingreso de datos de la naturaleza de la actividad que se generó exista algunas discrepancias, unas más exhaustivas que otras pero es lo que se ha mejorado en la información. Por ejemplo, la facturación que se le realiza al INS, existe un sistema de factura electrónica. Además, se cuenta con un modelo tarifario que cada seis meses se actualiza.

Ante una inquietud, el licenciado Cordero aclara que cuando inició el funcionamiento del Módulo de Facturación para el INS, se detectaron algunas diferencias de facturación, producto de la interpretación de ese modelo tarifario en los Centros Médicos, de tal manera que se desarrolló un trabajo integrado con los funcionarios de Contabilidad de Costos y se logró homologar la interpretación de ese modelo tarifario y para que la facturación que se enviaba a la aseguradora resultara consistente. Por ejemplo, que el costo de un yeso se facture de acuerdo con lo que establece el Modelo Tarifario y no presentará una inconsistencia por cuestiones de interpretaciones de cada Unidad.

El Director Devandas Brenes cuál es el proceso para atender a los Trabajadores por Cuenta Propia que estén asegurados, en caso que sufran un accidente de trabajo y no tienen adquirida una póliza con el INS. Le parece que ese aspecto no se contempló en el Reglamento.

Responde el licenciado Cordero que el Código de Trabajo es claro, en este caso el tema de riesgos del trabajo es responsabilidad exclusiva de los patronos. En ese sentido, un Trabajador por Cuenta Propia no tiene un patrono y en el caso de no tener un seguro con la Caja, tendría que asumir Caja esa situación.

El doctor Devandas Brenes manifiesta su preocupación, en el sentido de que un Trabajador por Cuenta Propia tiene un seguro pero es por enfermedad, pero si se accidenta en el trabajo, la Caja cuenta con riesgos del trabajo y es un área complicada, porque cuando se refieren a cuenta propia, el trabajador informal se asemeja a pobreza pero no es pobre. El tema es que el trabajador informal está cotizando su cuota de seguro social obligatoria, pero tiene un accidente laboral y desconoce si la Caja cubre el accidente si es un riesgo de trabajo.

A propósito de una inquietud de la Presidenta Ejecutiva, señala el licenciado Picado Chacón que la preocupación de don Miguel Cordero, es en el sentido de que las Unidades de Validación de Derechos, incluidos los hospitales nacionales, no cubren ni el segundo, ni el tercer turno de atención. Por otro lado, como sucede en las plataformas de servicios de la Institución, se tienen establecidos distintos perfiles de personal, por ejemplo, Oficinistas, Operador en Tecnologías y Operaciones (TIC). Esas Unidades tienen poco personal y en ocasiones, se producen sobrecargas de trabajo porque se tiene solo una persona realizando la función. En este momento se tienen nuevos perfiles, porque en el Manual Financiero Contable se incluyó un nuevo perfil que se relaciona con las Unidades de Validación de Derechos. Sin embargo, lo que se plantearía sería que se realice un análisis sobre la dotación de personal para esas Unidades.

El licenciado Cordero se refiere a una inquietud planteada por el Director Barrantes Muñoz y señala que la Dirección de Coberturas Especiales, fue creada por la Junta Directiva en el mes de octubre del año 2010, pero formalmente inició su función en el mes de enero del año 2011. A principios del año 2010, se empezó a vislumbrar el tema de la apertura del mercado de los seguros y se consideró necesaria la creación de una instancia técnica a nivel institucional que regule el tema, en el sentido de la relación que va a existir con las aseguradoras en materia de la comercialización de los seguros obligatorios. Anteriormente, la relación era Caja-INS y se había regulado por medio de un Convenio entre instituciones, pero con la apertura del mercado de seguros, la situación se modificó y se vislumbró que no era solo el tema de riesgos excluidos, si no la temática en relación con el Seguro por el Estado, las coberturas especiales y el tema de no asegurados, principalmente. Por lo que se consideró fundamental crear una instancia técnica a nivel de Dirección que integre ese quehacer institucional en una sola dependencia a nivel de Dirección, para tener el alcance de poder llevar a cabo los objetivos que fueron definidos en el manual de creación de la Dirección. La Dirección de Coberturas Especiales es un ente que realizará una labor de coordinación y normalización de esta gestión. De modo que se le asigna la tarea de establecer las coordinaciones necesarias con las demás instancias técnicas, para lograr alcanzar sus objetivos.

Interviene el Director Loría Chaves y señala que en el período pasado se creó esta Unidad como una respuesta a la apertura de seguros y como una preocupación de la Junta Directiva, en el sentido de que en el proceso existen personas con experiencia a nivel internacional en corredores de seguros y la Caja no contaba con personal de esa naturaleza. Recuerda que la Junta Directiva indicó ser un primer paso pero, además, las personas de la Caja deberían ser capacitadas en la materia, tanto jurídicamente como desde el punto de vista operativo.

El Auditor anota que la Auditoría envió un oficio respecto de la propuesta para la Junta Directiva y resume: en el Área de Regulación y Normalización se emitió un Manual actualizado que cubre lo relacionado con la identificación, registro y facturación de las atenciones de las personas no cubiertas por el Seguro de Enfermedad. En el Área de Recursos Humanos se debe contar con el recurso humano capacitado y con una plantilla de funcionarios necesaria para cubrir la demanda de la atención de personas de esta naturaleza, porque se encontró, por ejemplo, en los Servicios de Emergencia no disponen de un funcionario de la Unidad de Validación de Derechos las veinticuatro horas. En cuanto a las Áreas de Sistemas de Información, se debe contar en las unidades médicas y con las herramientas informáticas necesarias para cubrir los requerimientos de información adecuados para realizar los procedimientos de facturación, cobro y recaudación. En el Área de Control y Evaluación, se determinó que se deben crear los procedimientos que

permitan una cultura de rendición de cuentas que coadyuven en la toma de decisiones y corrección de procedimientos y opciones de cobro y facturación; así como la identificación de la condición de las personas que se atienden en los centros médicos y en el Área de Divulgación y Comunicación, se deben establecer estrategias bien definidas que permitan concientizar y educar a la población no cubierta por el Seguro de Salud, sobre el uso de los servicios médicos y los costos que implican las atenciones recibidas en estos centros médicos. En síntesis, fue parte de las observaciones que han realizado en varios informes de Auditoría.

Sobre el particular, señala el licenciado Cordero que cuando se analizó el oficio de la Auditoría, en cierto modo fue satisfactorio va en la línea de lo que se ha desarrollado. Por ejemplo, se aborda los temas referentes con la normalización, como ilustración, existe un Manual de Seguro por el Estado actualizado, es un documento que integra lo que corresponde a la parte de facturación y registro de esa población. Además, se están elaborando, por ejemplo, el Manual de No Asegurados, es un tema significativo para la Institución porque en material de no asegurados, es elevada la atención que brinda la Institución y es una situación que no está regulada, porque tiene que existir una identificación plena de esos casos para lograr realizar el adecuado registro de facturación y, luego, el proceso de cobro. En cuanto al tema de automatización, se tiene un Módulo para la Facturación de Riesgos Excluidos, el Módulo para la Facturación a No Asegurados, está con un grado de avance muy importante y están en un período de pruebas. Tienen también el Módulo de Validación de Derechos, es una herramienta que viene a facilitar mucho la gestión en las Unidades de Validación y en el tema de recurso humano, se realizan esfuerzos importantes en materia de capacitación, incluso, la Auditoría ha apoyado. Por otra parte, analizando el oficio que envió la Auditoría sobre el tema, se considera que va en línea con lo que se gestiona y esos aspectos están contenidos dentro de la política que se está presentando.

El Director Alvarado Rivera está de acuerdo con lo planteado. Le parece que se debe establecer un plazo para una presentación de los resultados de esta política, para determinar su avance; porque entiende que existen procesos muy avanzados en temas de validación y sistemas informáticos para poder captar la información. Solicita que en un plazo de seis meses se presente un informe de avance sobre el tema, además, se incluya la estadística de cuántos casos se retomaron, cuánto se cobró, cuánto está incobrable.

El Director Barrantes Muñoz sugiere que las Gerencias involucradas, procedan a implementar un plan de divulgación e implementación de la Política Integral y se establezca un plazo.

La señora Presidenta Ejecutiva recuerda que en el mes de setiembre de este año, se presentará el Plan de Acción con responsables y un cronograma de implementación. Le parece que si se cumple con esa meta en el mes de setiembre, por un lado se estaría atendiendo la inquietud de don Rolando y planteando el tema, en el sentido de que no es solamente es que se apruebe el Plan, sino que incluya los informes respectivos.

El Director Devandas Brenes ve la conveniencia de que se adicione un acuerdo en términos de que se rinda un informe de seguimiento sobre el tema. Por otro lado, considera que se tome un acuerdo donde se instruya a las Gerencias Médica, Administrativa y Financiera, para que según el ámbito de sus competencias y por medio de las instancias técnicas correspondientes, procedan con la divulgación e implementación de la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales de la Caja. Le parece que no quede sujeto a que se presente un Plan, si no que se proceda a ejecutar esa Política en coordinación con la Presidencia Ejecutiva. Sugiere tomar un

acuerdo tercero, en el sentido de que se informe a la Junta Directiva, periódicamente, cómo se está ejecutando la política.

Al respecto, el Director Alvarado Rivera indica que su planteamiento es en el sentido de que, cada seis meses se presente un informe de las acciones concretas y de los datos específicos, para que se determine lo operativo.

Sobre el particular, el licenciado Picado Chacón indica que se puede agregar al acuerdo que para tales fines, se instruye presentar un informe, a más tardar seis meses, a partir de esta presentación y el plan de acción se trabaja internamente.

En relación con el Plan de Acción, aclara la señora Presidenta Ejecutiva que se analizará con la Presidencia Ejecutiva en el Consejo de Gerentes y si existe alguna inquietud, se presentará a consideración de la Junta Directiva.

Finalmente y teniendo a la vista el N° GF-23.015-14, de fecha 24 de julio del año 2014, firmado por el Gerente Financiero, que contiene la propuesta de “Política integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales de la CCSS” y que, en lo conducente, se lee así:

I. “ANTECEDENTES

Artículo 1°, acuerdo sexto de la sesión N° 8554:

“Instruir a la Gerencia Financiera para que continúe en el proceso de definición y aprobación de la política y los mecanismos de cobros al INS (Instituto Nacional de Seguros) y otras aseguradoras ...”.

Artículo 25°, sesión N° 8625:

Dar por conocido el informe de Gestión de la Dirección de Coberturas Especiales y en virtud de su contenido y alcances dar por atendido el artículo 20° de la sesión N° 8459, referente al informe de las demandas del Instituto Nacional de Seguros y que, en un plazo no mayor a tres meses, se presente la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales, así como el informe de la conciliación de la cuenta por cobrar registrada en los estados financieros.

II. CRITERIO TECNICO

Con el propósito de atender lo acordado por la Junta Directiva, con oficio DCE-0125-04-2014 de fecha 07 de abril 2014, el Lic. Miguel Cordero García, Director a.i de Coberturas Especiales, y oficio DCE-0267-07-14, del 23 de julio de 2014, se remite a la Gerencia Financiera el documento denominado Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

1. INTRODUCCIÓN

La aprobación de la Ley N°2738 del 12 de mayo de 1961, mediante la cual se reforma el artículo 177 de la Constitución Política, adicionándole el párrafo tercero⁴, marcó el inicio de la universalización de los seguros sociales existentes en Costa Rica, a saber, Seguro de Salud, Seguro de Pensión de Invalidez, Vejez y Muerte y Seguro de Riesgos del Trabajo.

El impacto económico-social que tal modificación conllevó, trajo aparejado retos para la administración encargada de materializar dicha reforma, en particular para la Caja Costarricense de Seguro Social, en razón de tener la administración y el gobierno de dos de los tres seguros en cuestión.

Para alcanzar la universalización apuntada, posteriormente se emitieron otras leyes entre las que destaca la Ley N° 5349 del 24 de setiembre de 1973 denominada Ley de Traspaso de Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social, en virtud de la cual además se promueve en su artículo 25 la atención a los personas no aseguradas, en tanto incapaces de sufragar los gastos de atención, y que constituye un segundo grupo poblacional que se une a la conformada por los trabajadores asalariados y sus beneficiarios familiares.

Con el Decreto Ejecutivo No. 17898-S del 6 de enero de 19886, se reconoce el derecho de los "Asegurados por cuenta del Estado" a recibir servicios para la protección de su salud sin el pago directo de su parte, en las instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los Poderes Legislativo y Ejecutivo han promulgado Leyes y Decretos dirigidos a grupos poblacionales específicos, a cuyos individuos se les debe brindar atención en salud cuando se encuentren en los supuestos de la norma; ejemplos de ello son el Código de la Niñez y la Adolescencia⁷, la Ley de Protección a la Madre Adolescente Embarazada⁸, Convención

⁴ "Artículo 177 (párrafo tercero) – Transitorio - La Caja Costarricense del Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional".

⁵ Artículo 2º.- Los traspasos a que se refiere el artículo anterior, se harán a título gratuito en la forma y condiciones que convenga la Caja y la entidad correspondiente, conforme lo permita el proceso de universalización de los seguros sociales. En esos casos la Caja deberá prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos y para atender tales obligaciones se dotará a la Caja de las rentas específicas necesarias. Conforme a las disposiciones del párrafo tercero del artículo 73 de la Constitución Política, la Caja no podrá en ejecución de esta ley, contraer obligaciones que impliquen transferencias o empleo de los fondos y reservas de los seguros sociales en finalidades distintas a las propias de su creación.

⁶ ARTÍCULO 1.-Con el fin de garantizar la atención integral de la salud para toda la población, se reconocer el derecho de los "Asegurados por cuenta del Estado" a recibir servicios para la protección de su salud sin el pago directo de su padre, en las instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para garantizar este derecho se considera que los ingresos correspondientes a las instituciones traspasadas a la Caja de acuerdo con la ley número 5349 y las rentas estatales extraordinarias ahí previstas, equivalen al pago de las cuotas de este sector de la población.

⁷ Ley N° 7739 Publicada en La Gaceta N° 26 de 6 de febrero de 1998.

⁸ Ley General de Protección a la Madre Adolescente Ley N°7735 (modificada a partir de la ley 8312).

Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes⁹, Decretos Ejecutivos relacionados con el Cáncer de Cuello de Útero¹⁰, la Ley General sobre VIH Sida¹¹, entre otros.

En el artículo 73° de la Constitución Política¹² se establecen los riesgos que son cubiertos por los seguros administrados y gobernados por la Caja, a saber: enfermedad, maternidad, invalidez vejez y muerte. En ese mismo numeral se define que los riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos, máxima que fue desarrollada con la reforma que se introdujo al Código de Trabajo, en su título IV, mediante Ley N° 672713 y en la que se asignó la administración de dicho riesgo al Instituto Nacional de Seguros (INS).

También se incluye en el numeral de cita la disposición según la cual “No podrán ser transferidos, ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales”, lo que se traduce en una obligación de orden constitucional para la Caja de resarcirse de los costos en los que pudiere haber incurrido cuando prestare atenciones a pacientes cuya siniestralidad no se encuentra cubierta por los riesgos que ella administra.

En el año 1973, se crea el Seguro Obligatorio de Automóviles, cuya administración es encargada al INS, bajo la inteligencia de que constituiría un complemento a los beneficios otorgados por los Seguros Sociales administrados por la Caja.

Consecuencia de lo anterior, siendo la Caja la única entidad en Costa Rica que cuenta con una red de servicios de salud a nivel nacional, es en la práctica la que brinda las atenciones de urgencia y emergencia que se presentan en los casos de siniestros cubiertos por los riesgos del trabajo y seguro obligatorio automotor, hasta este momento histórico, monopólicamente administrados por el INS.

En el año 2007, Costa Rica aprueba por Ley 8622 el Tratado de Libre Comercio República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos de Norteamérica (TLC)¹⁴, en cuyo anexo 12.9.2, se establece el rompimiento del monopolio de los seguros de Riesgos del Trabajo y Obligatorio de Automóviles, lo que conllevó una reforma al artículo 2° de la Ley del Instituto Nacional de

⁹ *Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, tratado internacional de derechos humanos firmado el 11 de octubre del 2005 en la ciudad española de Badajoz y vigente desde el 1 de marzo de 2008.*

¹⁰ *Decreto Ejecutivo N° 33119-S de 22 de febrero del 2006, publicado en el Alcance N° 43 a La Gaceta N° 131 de 7 de julio del 2006 y Decreto Ejecutivo N° 33650-S del 22 de febrero del 2007, publicado en La Gaceta N° 171 del 6 de setiembre del 2007*

¹¹ *Ley No. 7771 "Ley General sobre el VIH-SIDA" publicada en La Gaceta No. 96 del 20 de mayo de 1998.*

¹² *ARTÍCULO 73.- Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine. La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.*

No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales.

Los seguros contra riesgos profesionales serán de exclusiva cuenta de los patronos y se regirán por disposiciones especiales. (Así reformado por ley No. 2737 de 12 de mayo de 1961).

¹³ *Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982 publicada en La Gaceta No. 57 de 24 de marzo de 1982*

¹⁴ *Ley N° 8622 Tratado de Libre Comercio República Dominicana - Centroamérica - Estados Unidos del 21 de noviembre de 2007, publicada en el Alcance N° 40 a La Gaceta N° 246 del 21 de diciembre de 2007.*

Seguros (INS), ello mediante el artículo 53 de la Ley 865315, en el sentido de que los actos que genere el INS a partir del desarrollo de su "...actividad comercial de seguros, actuando como empresa mercantil común, serán regulados por el Derecho privado..." y no más bajo la cobija de las potestades de imperio propias de los entes públicos.

La aprobación del TLC conllevó a lo interno de la Caja a un replanteamiento del rol que debe desempeñar como un actor más dentro del mercado de la apertura de los seguros, con la particularidad de ser el mayor prestatario de los servicios médicos y constitucionalmente obligado a recuperar los costos en los que incurra por la prestación de dichos servicios.

Ante este nuevo panorama, la Junta Directiva de la Institución toma el acuerdo de crear una estructura que se avoque al estudio y ordenamiento del tema, denominada Dirección de Coberturas Especiales, dependiente de la Gerencia Financiera y conformada por el Área de Coberturas del Estado y el Área Gestión de Riesgos Excluidos.

La Dirección a través de las Áreas en cuestión y en coordinación con dependencias de la propia Gerencia Financiera, así como de las Gerencias Médica y Administrativa, conformaron un marco administrativo-técnico y jurídico a partir del cual abordar el cumplimiento de la disposición constitucional, según la cual debe haber una recuperación de las sumas que se hubieren erogado en la atención de pacientes que han no estaban cubiertos por los seguros sociales administrados por la Caja.

El marco en cuestión establece las reglas con las cuales se procederá a gestionar institucionalmente la recuperación de los costos en que se haya incurrido por atenciones brindadas por casos de riesgos excluidos de los seguros administrados por la Caja

Hoy por hoy la Caja ofrece servicios especializados y de calidad a los usuarios que ingresan principalmente en los servicios de emergencia, así como servicios de consulta externa u otros, con ocasión de accidentes y enfermedades laborales y accidentes de tránsito y demás atenciones complementarias a esta, pacientes que en su mayoría por el tipo de lesiones físicas que presentan, deben ser atendidos, ingresados y estabilizados para realizar todos los procedimientos y tratamientos médicos necesarios para su recuperación y egreso.

De forma paralela a la creación de la Dirección de Coberturas Especiales, la Junta Directiva de la Caja dispuso en sesión No. 8484 de diciembre del 2010, aprobar el "Modelo funcional organizacional del Área Financiero-Contable en los establecimientos de salud", con el fin de mejorar el proceso de facturación, recaudación y cobro de los servicios médicos, mediante el ordenamiento de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, tal que permita a la institución y a los usuarios tener un registro ordenado y actualizado de los servicios médico asistenciales brindados, y poder así determinar con precisión si procede la facturación de los costos correspondientes, por tratarse de personas no aseguradas con capacidad de pago, accidentes cubiertos por algún riesgo excluido, Seguro por el Estado o Morosidad Patronal

Las situaciones antes expuestas requieren de la existencia de políticas, estrategias y tácticas que faciliten la ejecución y control de los procesos relacionados con la prestación de los servicios de salud administrados por la Caja, comenzando desde la propia identificación del riesgo, pasando

¹⁵ Ley 8653 Reguladora del Mercado de Seguros del 1 de julio del 2008, publicada en el Alcance No. 30 a La Gaceta No. 152 de 7 de agosto del 2008.

por las etapas de facturación, registro, recaudación oportuna y culminando de ser necesario, con las fases de gestión de cobro administrativo y judicial para lograr su recuperación.

2. DIAGNÓSTICO

La Dirección de Coberturas Especiales, como órgano encargado de dirigir y articular estratégicamente la gestión institucional en materia de coberturas de aseguramiento y protecciones a cargo del estado, riesgos excluidos, facturación de servicios médicos a no asegurados con capacidad de pago y patrono morosos, aristas todas comprendidas dentro del concepto de “Coberturas Especiales”, ha actuado desde su inicio dentro del Plan Estratégico Institucional, Macro Políticas 2013-2016, Gestión Financiera, Objetivo estratégico y Macro estrategia 6c, que a la letra indica:

6. Garantizar la sostenibilidad y administración eficiente de los recursos financieros de la Institución en el mediano y largo plazo.

6c. Creación de nuevos mecanismos de afiliación que promuevan el aseguramiento voluntario y faciliten el aseguramiento obligatorio de determinados grupos con condiciones especiales.

En ese sentido, la realización de diferentes trabajos de campo, vistas de supervisión, programas de capacitación y otras actividades que durante este tiempo han desarrollado las áreas técnicas adscritas a la Dirección de Coberturas Especiales, han permitido visionar grandes oportunidades de mejora en materia de regulación, directrices y políticas de coberturas para los usuarios no asegurados, Seguro por el Estado, riesgos excluidos y protecciones especiales, así como en los mecanismos de facturación, registro y control de los servicios médicos brindados por la Institución, todo ello en procura de mejorar y salvaguardar los derechos fundamentales de los habitantes del país, así como de los intereses institucionales, toda vez que se debe tener siempre presente que buena parte de tales servicios médico asistenciales son demandados por personas que por alguna situación particular no cuentan con un seguro de gastos médicos¹⁶, algunos son protegidos por otras modalidades de aseguramiento que no administra la Caja, o sencillamente se trata de personas que no disponen de los recursos para cubrir el gasto producto de una enfermedad o un accidente profesional o de tránsito en la medicina privada, de ahí que se hace indispensable regular apropiadamente toda esta materia.

2.1 Identificación del problema

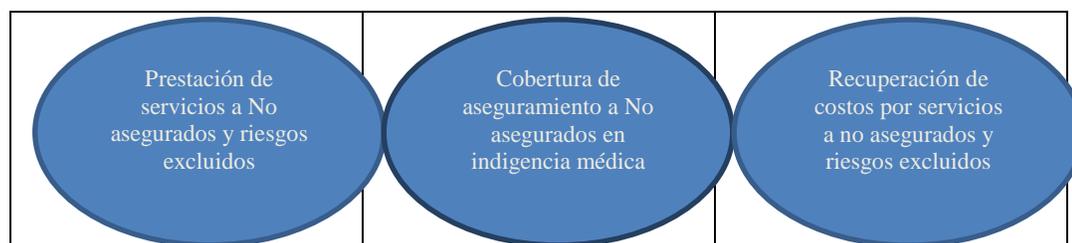
Con el proceso de universalización de los seguros sociales, la reforma del sector salud y la apertura del mercado de seguros, la Caja se ve expuesta a un entorno interno y externo que le obliga a ajustar la gestión administrativa y financiera de la cobertura de los servicios de salud, desarrollados por más de 50 años para la protección de los trabajadores asalariados y sus familiares y que ahora debe extender estos beneficios al resto de la población no asegurada en el seguro de salud.

¹⁶ Según datos de la Dirección Actuarial y Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social del año 2012, existe alrededor de un 6% de personas en Costa Rica que a pesar de contar con ingresos, no contribuyen a la seguridad social y cuando acceden a los servicios de salud que brinda la Institución, lo deben hacer bajo su responsabilidad económica.

El nuevo escenario obliga a mantener los beneficios del seguro social, tutelados en el artículo 73 de la Constitución Política, para la población no asegurada o protegida por el Estado, para lo cual es requerido -y en ello se ha venido trabajando intensamente- el ajuste, actualización y alineamiento de las normas y los procesos relacionados con esta materia, que permitan a la administración desarrollar una gestión clara, eficaz y oportuna para la recuperación efectiva de los recursos invertidos por el régimen de enfermedad y maternidad en la atención de los riesgos excluidos, no asegurados con capacidad de pago y asegurados con morosidad

Particularmente en lo conducente a riesgos excluidos, se logró constatar en las visitas de campo una insuficiente tipificación del riesgo excluido por parte del médico tratante en los servicios de salud de la institución, y por consiguiente una deficiente gestión administrativa y descoordinación entre los diferentes actores intervinientes en los procesos de facturación y cobro de las atenciones médicas otorgadas, para proceder con su recuperación oportuna ante el ente asegurador.

En resumen, el reto que en este campo enfrenta la Institución -con mayor apremio a partir de la promulgación de la universalización de los seguros sociales y más recientemente con la apertura del mercado de los seguros en Costa Rica- lo es la recuperación eficiente y precisa de los gastos médicos incurridos en la atención de pacientes no asegurados con o sin capacidad de pago o bien cubiertos por un riesgos excluido del seguro de salud, siendo que de la misma Constitución Política se deriva la obligación para la recuperación de tales erogaciones, incurridas por fuera de las atenciones enmarcadas dentro de los seguros sociales conferidos a la Caja Costarricense de Seguro Social.



2.2 Debilidades y Oportunidades de Mejora

Dentro de las principales debilidades detectadas que presentan mayores oportunidades de mejora, se tienen:

a. Factor humano:

- Desconocimiento sobre la aplicación de la normativa y procedimientos institucionales en materia de validación de derechos y facturación de servicios médicos.
- Falta de concientización respecto de la importancia del rol que desempeña el personal médico de Validación y Registros Médicos.

- Recursos humanos en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos carentes de un perfil de puesto específico acorde a sus funciones y responsabilidades.
 - Ausencia de una instancia técnica para la resolución de los casos concernientes a riesgos excluidos.
- b. Regulación y normalización:
- Normas y procedimientos desactualizados.
 - Ausencia de protocolos institucionales para atender situaciones de personas indocumentadas y menores de edad.
 - Mecanismos de recaudación y cobro incompletos o carentes del todo.
 - Falta de preparación y conocimiento en los temas específicos por parte de los funcionarios encargados en la Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.
 - Falta de coordinación entre los diferentes involucrados en el proceso de facturación que realizan las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.
 - Modelo de costos institucionales no acorde con las necesidades propias para la facturación total y uniforme de los servicios de salud.
- c. Sistemas de información:
- La mayoría de las actividades se realiza en forma manual.
 - Aquellas actividades que sí cuentan con sistemas informáticos, éstos adolecen de algunos controles tendentes a asegurar la calidad de la información que manejan.
 - Sistemas no integrados.
- d. Control y evaluación:
- Falta de definición en cuanto a los niveles de responsabilidad inherentes a las dependencias y funcionarios intervinientes en este proceso.
 - Deficiente coordinación entre el nivel central, regional y local
- e. Divulgación y comunicación a la ciudadanía:
- Escasa o ninguna comunicación a la ciudadanía sobre los derechos y deberes que les corresponde, tratándose de atenciones por riesgos excluidos y coberturas especiales.

Lo anterior se resume en, la carencia de una estrategia institucional, que defina integralmente los derechos y responsabilidades de la Caja con la población sin cobertura del seguro de salud, así como también los mecanismos necesarios para la recuperación de los costos por servicios prestados a esa población

2.3 Unidades involucradas en el proceso

Para la mejora en la gestión efectuada a la población que se atiende y no está protegida por el Seguro de Salud, a la cual se debe facturar y recuperar los costos por servicios prestados por la Institución, se requiere la participación de diferentes unidades de trabajo, a saber:

Gerencia Médica: Es la responsable de brindar e identificar a los usuarios que solicitan la atención en salud, de conformidad con la norma establecida en el Reglamento del Seguro de Salud

Gerencia Financiera: Es la responsable de verificar que el usuario no está protegido por el seguro de Salud, calificar y otorga la condición de aseguramiento con cargo al Estado, costea, factura y recupera los costos por los servicios brindado.

Gerencia Administrativa: Es la responsable de mantener actualizados los perfiles y categorías de los puestos dentro del Manual de Puestos institucional, de quienes laboran y forman parte de los procesos de atención de coberturas especiales.

En razón de lo anterior, la Institución requiere establecer las políticas y los mecanismos necesarios, que permitan desarrollar las estrategias dirigidas a articular las diversas unidades que participan en esta materia a nivel central, regional y local, así como el desarrollo de sus componentes de control y evaluación estratégica de la normativa, con el propósito de lograr la efectiva gestión de la identificación, facturación, recaudación y cobro por servicios médicos a nivel institucional, facilitar la toma de decisiones y contribuir con la sostenibilidad financiera de la organización.

2.4 Definición de la Política

Con el propósito de disponer en el ámbito institucional de una política integral para la atención médica de la población no cubierta por el Seguro de Salud, que además involucre los aspectos de orden general que regirán las acciones para la recuperación de los costos derivados de ello, en el anexo se presenta la propuesta respectiva”,

de conformidad con la presentación realizada por el licenciado Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, y la información contenida en el citado oficio número GF-23015, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** instruir a las Gerencias para que se ejecute la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales de la Caja Costarricense de Seguro Social, cuyo texto en adelante se transcribe:

“POLITICA INTEGRAL PARA LA ATENCION Y RECUPERACION DE COSTOS DE LAS COBERTURAS ESPECIALES POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Alcance

La Política está dirigida a todas las unidades que estén relacionadas con la prestación de servicios a personas no cubiertas por el Régimen de Enfermedad y Maternidad y la consecuente recuperación de los costos.

La población meta por ser cubierta por esta Política será:

- Pacientes con siniestros cubiertos por pólizas de seguros obligatorios excluidos del Seguro de Salud administrado por la Caja.
- Personas no aseguradas en condición de indigencia médica, pobreza o pobreza extrema, sin capacidad de pago de una consulta médica.
- Persona no asegurada sin posibilidad de tomar un Seguro por el Estado y que sean cubiertos en caso de emergencia o enfermedad, por una ley, decreto o norma específica.
- Personas aseguradas en condición de morosidad con el Seguro de Salud.
- Personas no aseguradas con capacidad de pago.
- Cualquier otra situación en que la Institución llegue a establecer la obligación de terceros, por el pago de los costos por servicios médicos otorgados.
-

Marco jurídico

El sustento jurídico para la atención de usuarios no cubiertos por el Régimen de Enfermedad y Maternidad, se encuentra definido en las siguientes normas:

- Constitución Política de la República de Costa Rica.
- Tratado Libre de Comercio entre Costa Rica, República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos de Norteamérica. Ley 8622. Anexo.12.9.2.
- Convenio OIT N° 169, para la población indígena.
- Código de Trabajo, Ley No. 2
- Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N° 17.
- Código Civil, N° 30.
- Código de Comercio, N° 3284.
- Ley N° 5349, Traspaso de Hospitales, artículos 2 y 7, relacionados con la población en condición de pobreza.
- Ley N° 5395, Ley General de Salud.
- Ley N°5662, DESAF para la población indigente, reforma Ley 8783.
- Ley N°7735, Atención a la Madre Adolescente.
- Ley N°7739, Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Ley N°7771 VIH-SIDA.
- Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de los Jóvenes.
- Ley 8720 Protección a Víctimas y Testigos de un Proceso Judicial.
- Ley General de Control Interno (Ley N° 8292 del 31 de Julio de 2002).
- Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, publicada en La Gaceta 152 del 7 de agosto de 2008.
- Ley Reguladora del Contrato de Seguros No. 8.956. Decretos Ejecutivos en la materia de coberturas especiales del Seguro de Salud.

- Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres, Ley N° 9078.
- Decreto Ejecutivo 17898-S Aseguramiento por el Estado.
- Decretos 33119-S y 33650-S Cáncer de cuello del útero.
- Reglamento de Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud.
- Reglamento del Seguro de Salud.
- Reglamento para la Afiliación de Trabajadores Independientes.
- Reglamento para la Afiliación de los Asegurados Voluntarios.
- Reglamento de Seguros Obligatorios.
- Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado.
- Manual de Procedimientos de las Unidades de Validación de Derechos.
- Disposiciones varias en función de fallos de la Sala Constitucional y Procuraduría General de la República.

POLÍTICA GENERAL Y ESPECÍFICAS

La Caja fortalecerá los procesos de atención a la población no cubierta por los seguros, cuya administración le han sido constitucionalmente conferidos, a través del desarrollo de una estrategia global para brindar la atención y recuperación en forma íntegra y oportuna, de la totalidad de los costos incurridos.

El cumplimiento de esta Política General estará orientada a partir de las siguientes políticas específicas y acciones:

POLÍTICA ESPECÍFICA: REGULACIÓN Y NORMALIZACIÓN

- La Gerencia Financiera y la Médica, a través de sus instancias técnicas definidas, velarán por mantener actualizada y completa la normativa técnica, las estrategias y los mecanismos de identificación, registro, facturación, cobro y recuperación de los costos por los servicios médicos prestados a la población definida en el alcance de la presente Política.
- La Gerencia Financiera, a través de sus instancias técnicas responsables del proceso de identificación, registro, facturación y cobro de servicios médicos a pacientes no asegurados, diseñará programas permanentes y periódicos de capacitación tanto general como específica en esta materia, procurando con ello que los establecimientos de salud apliquen uniformemente las normas y procedimientos establecidos,
- La Gerencia Financiera, por medio de la Dirección Financiero Contable, deberá mantener un sistema de costeo dirigido a propiciar una eficiente recuperación de todos y cada uno de los costos por servicios médicos que indica esta Política.

Objetivo

Establecer las estrategias, la regulación, los mecanismos y la normativa técnica en materia de atención y recuperación de costos por servicios prestados a personas no cubiertas por el Régimen de Enfermedad y Maternidad

Resultado

Contar con las normas y procedimientos de identificación, registro, facturación y cobro, que faciliten la gestión financiera derivada de la atención a la población no cubierta por el Régimen de Enfermedad y Maternidad.

Acciones

- La Gerencia Financiera y la Médica, a través de sus instancias técnicas respectivas, serán las responsables de elaborar, actualizar y promover las normas que regulan la atención y recuperación de costos de sumas erogadas por la prestación de servicios en las condiciones que el ordenamiento jurídico establece.
- La Gerencia Financiera, a través de sus instancias técnicas competentes, será la responsable de dictar y divulgar los lineamientos y directrices para la adecuada ejecución y control de los procedimientos de atención y recuperación de costos por las sumas erogadas en la prestación de servicios que establece la presente Política.
- La Gerencia Financiera, a través de sus dependencias técnicas designadas, será la responsable de impulsar y coordinar con las demás Gerencias de la Institución, la correcta aplicación de la regulación y la normativa vigente en materia de atención y recuperación de costos por las sumas erogadas en la prestación de los servicios a la población meta, de conformidad con los lineamientos y procedimientos al efecto establecidos.
- La Gerencia Financiera, a través de sus instancias técnicas correspondientes, gestionará y coordinará con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, el diseño, desarrollo, actualización y mantenimiento de las herramientas, módulos o sistemas de información necesarios en materia de identificación, registro, facturación, cobro y recaudación de servicios médicos.
- Las Gerencia Financiera y Médica, a través de las instancias técnicas designadas, divulgarán en forma eficiente, oportuna y con calidad, las actividades estratégicas, administrativas, técnicas y logísticas necesarias para facilitar el cumplimiento efectivo de la regulación y la normativa técnica relacionada con la identificación, facturación y cobro de servicios médicos.

POLÍTICA ESPECÍFICA: RECURSO HUMANO

- La Gerencia Financiera y la Médica, por medio de sus dependencias técnicas responsables, diseñarán y ejecutarán los planes de capacitación, asesoría y divulgación de la normativa, dirigidos a los funcionarios que intervienen en el proceso de identificación, registro, facturación, cobro y recuperación de servicios.
- La Gerencia Administrativa mantendrá actualizadas las plantillas de recurso humano, de manera tal que los perfiles y cantidad de puestos que intervienen en el proceso de identificación, registro, facturación, cobro y recuperación de servicios, sean acordes con la realidad de sus funciones y cargas de trabajo.

- La Gerencia Médica velará y coordinará las acciones necesarias con la Gerencia Administrativa, Gerencia Financiera, Direcciones Médicas y Direcciones Administrativas de todos los centros médicos del país, para que, en las unidades encargadas de los procesos de facturación de los servicios médicos, se implante y cumpla en forma cabal con el Modelo Organizacional y Funcional del Área Financiero-Contable de los Establecimientos de Salud.

Objetivo

Establecer responsabilidades dirigidas a propiciar que la Institución cuente con el recurso humano necesario, motivado, identificado con su labor y capacitado para ejecutar un adecuado proceso de validación y facturación de servicios médicos.

Resultado

Contar con el recurso humano acorde con las responsabilidades asignadas.

Acciones

Las Gerencias Financiera y Médica, a través de sus instancias técnicas definidas, diseñarán e implementarán los planes de capacitación necesarios, dirigidos a los funcionarios responsables de las diferentes etapas del proceso de identificación, facturación, registro, cobro y recaudación de servicios médicos.

La Dirección de Administración y Gestión de Personal diseñará los perfiles y la plantilla con la cantidad de funcionarios requeridos en cada Centro de Salud para sus Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, de manera tal que éstas puedan desarrollar en tiempo y forma con las funciones que les han sido encomendadas.

La Gerencia Médica velará por el cumplimiento del modelo funcional y organizacional de las áreas financiero contable de los centros de salud

POLÍTICA ESPECÍFICA: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, con el apoyo de la Gerencia Financiera y la Médica, desarrollarán los sistemas y/o aplicaciones informáticas necesarias, que permitan un adecuado control e integración de los procesos relacionados con la oportuna identificación, facturación, cobro y recaudación de los servicios que indica la presente Política.

Objetivo

Contar con las herramientas informáticas que faciliten el control de los procesos y la toma de decisiones relacionadas con la población no cubierta por el seguro de salud.

Resultado

Mejorar la ejecución y control de la gestión por parte de las unidades encargadas, así como agilizar los servicios al usuario mediante la simplificación de los diferentes trámites que realizan relacionados con esta materia.

Acciones

Las Gerencias Financiera, Médica y de Tecnologías de Información y Comunicaciones proporcionarán a los centros de salud las herramientas informáticas requeridas por las instancias técnicas que regentan la materia.

POLÍTICA ESPECÍFICA: CONTROL Y EVALUACIÓN

Las Gerencias Financiera, Médica y Administrativa, por medio de sus instancias técnicas designadas, establecerán las funciones, responsabilidades y procedimientos de control y evaluación de las actividades que desarrollan las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos que indica esta Política.

Objetivo

Establecer los mecanismos de control y evaluación de validación y facturación de servicios a la población no asegurada en el Seguro de Salud

Resultado

Promover la cultura de rendición de cuentas sistemática en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos

Acciones

Las Gerencias Financiera y Médica, por medio de las dependencias técnicas responsables en materia de servicios médicos no cubiertos por el Seguro de Salud, diseñarán un modelo de control y evaluación para medir la gestión de los procesos y actividades sustantivas que realizan las Unidades de Validación y Facturación, considerando la periodicidad y responsables de aplicar dichos instrumentos.

POLÍTICA ESPECÍFICA: DIVULGACION Y COMUNICACION

Las Gerencias Financiera y Médica por medio de la Dirección de Comunicación Organizacional, en coordinación con las unidades técnicas definidas, establecerán adecuados canales de comunicación que permitan dar fluidez en la divulgación de los procedimientos relacionados con la validación y facturación de servicios médicos a toda la población no asegurada al Seguro de Salud.

Objetivo

Mantener informada y actualizada a la población no asegurada, de las acciones que en materia de facturación y recuperación de costos por atenciones médicas, la Caja está en deber de ejecutar con eficacia, según mandato constitucional.

Resultado

Promover una mayor conciencia entre la población no asegurada, sobre las ventajas y necesidad de afiliarse y contribuir al Seguro Social, bajo alguna de las modalidades de aseguramiento disponibles.

Acciones

Las Gerencias Financiera y Médica, por medio de la Dirección de Comunicación Organizacional, diseñarán una estrategia de comunicación relacionada con la facturación y cobro de servicios médicos a pacientes no cubiertos por el Seguro de Salud, a través de los medios de comunicación más convenientes y dentro de los límites que establecen las políticas de racionalización del gasto”.

Asimismo, se acuerda solicitar a las Gerencias que, para el mes de setiembre próximo, preparen un plan de acción respecto de la implementación de la citada Política, que se les instruye ejecutar y divulgar, y, además, que se informe con periodicidad a la Junta Directiva sobre los avances de la ejecución.

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

Los licenciados Cordero García y Porras Núñez.

Ingresan al salón de sesiones el doctor Róger Ballesteros Harley, Director de Planificación Institucional, el licenciado Sergio Gómez Rodríguez, Director a.i. de Presupuesto; la ingeniera Leylin Méndez Esquivel, funcionaria de la Dirección de Presupuesto; la licenciada Martha Jiménez Vargas, Jefe del Área de Planificación Operativa, el licenciado Henry Vargas Segura, funcionario de la Dirección de Planificación Institucional.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

ARTICULO 8º

El señor Gerente Financiero presenta el oficio N° GF-25.702-14, de fecha 23 de julio del año 2014, suscrito por él, que contiene el Informe ejecución presupuestaria del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez Vejez y Muerte al 30 de junio del año 2014.

El licenciado Picado Chacón, con el apoyo de las siguientes láminas, se refiere al informe en consideración:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Financiera
Dirección de Presupuesto
Informes de Ejecución y Evaluación Presupuestaria.
Al 30 de junio del 2014.
Agosto del año 2014.

- ii) Presentación de ejecución, liquidación y evaluación presupuestaria: sustentado en la normativa técnica de la Contraloría General de la República

Presentación de la Liquidación y Evaluación Presupuestaria Anual.		Presentación de Informes de Evaluación Semestral	
Feb. 2014	Ab. 2014	Jul.2014	Oct. 2014
Presentación de Informes de Ejecución Trimestral			
Normas Técnicas de Presupuesto Público, emitido por la CGR. (4.3.15 y 4.3.19).			
Aprobación por parte de la Junta Directiva.			

- iii) Informe de ejecución presupuestaria: contenidos y alcances

- Evalúa ejecución real de los ingresos y egresos de los Seguros de Salud, IVM y RNC que administra la institución, con cortes a marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año, con el propósito de conocer y analizar los resultados obtenidos en relación a la programación establecida.
- Proporciona información clave para la toma de decisiones en materia financiera.
- Los informes de junio y diciembre se presentan en conjunto con la información de planificación institucional.

- iv) Informe de evaluación presupuestaria: contenidos y alcances

- La evaluación, como parte de la rendición de cuentas, valora cuantitativa y cualitativamente el cumplimiento de los objetivos, metas y los resultados alcanzados en el ejercicio presupuestario, en relación con los esperados y para los cuales se aprobó el presupuesto.
- Debe considerar los hechos relevantes de la realidad socioeconómica.
- Los informes de junio y diciembre se presentan en conjunto con la información de planificación institucional.

- v) Composición de los ingresos:

Corrientes:
 Contribuciones.
 Ventas de servicios.
 Intereses.
 Transacciones corrientes.

Financiamiento:

- Recursos de vigencias ant.

Capital:

- Recuperación de préstamos.
- Transferencias de capital.

vi) Distribución de los Egresos del Seguro de Salud

- Remuneraciones
 - Salarios.
 - Contribuciones.
- Servicios
 - Alquileres.
 - Servicios Médicos y de Laboratorio.
- Materiales y Suministros
 - Productos farmacéuticos.
 - Útiles y material médico.
- Bienes duraderos y Activos Financieros
 - Inversiones físicas y financieras.
 - Préstamos.
- Transferencias Corrientes
 - Prestaciones Legales.
 - Subsidios.
- Amortización e Intereses
 - Intereses sobre préstamos.
 - Amortización de préstamos.

vii) Informe de Ejecución y Evaluación Presupuestaria del Seguro de Salud, junio 2014.

viii) Ingresos totales del Seguro de Salud al 30 de junio de 2014, cifras en millones de colones.

ix) Tasas de variación de las contribuciones del Seguro de Salud, a junio 2009 – 2014 (gráfico).

x) Ingresos no tributarios: Total 40,254 mill.

xi) Transferencias corrientes: Total 80,382 mill.

Cuota complementaria de trabajadores independientes	30,138 mill.
Atención a la población indigente	22,908 Mill.
Cuota del Estado como tal.	12,747 mill.
Ley contra el Tabaco	11,562 mill.

Sistema penitenciario	1,757 mill
Ley de paternidad responsable	241 mill.
Pacientes en fase terminal	572 Mill.
Otros	457 Mill.

xii) Gastos totales del Seguro de Salud al 30 de junio de 2014, cifras en millones de colones

Clasificación Económica	Presupuesto Modificado	Egresos	Diferencia	% de Ejecución	% de Participación
Remuneraciones	1,100,353	504,319	596,035	46%	68%
Servicios	148,295	61,154	87,141	41%	8%
Materiales y Suministros	236,119	111,373	124,746	47%	15%
Intereses y Comisiones	1,576	738	838	47%	0.1%
Activos Financieros	57	10	47	18%	0.001%
Bienes Duraderos	79,099	17,170	61,929	22%	2%
Transferencias Corrientes	98,073	49,166	48,907	50%	7%
Amortización	3,478	1,821	1,657	52%	0.2%
Cuentas Especiales	97,254	0	97,254	0%	0%
Total de Egresos	1,764,305	745,751	1,018,554	42%	100%

xiii) Tasas de variación reales de las remuneraciones (2006 =100), partidas variables y egresos totales, 2006-2010 / 2011-2013/ 2014 (gráfico).

xiv) Porcentaje de ejecución presupuestaria de los Gastos del Seguro de Salud, 30 de junio de 2014 (gráfico).

xv) Indicadores de evaluación de la ejecución presupuestaria del Seguro de Salud: junio 2012-2014.

Descripción	2012	2013	2014
Indicador de eficiencia presupuestaria (Ejecución)			
Ingresos Corrientes	50.9%	51.1%	50.3%
Ingresos Totales	52.2%	55.4%	54.2%
Egresos Totales	49.4%	45.3%	42.3%
Indicador de gasto en inversión			
Inversiones/Contribuciones	1.3%	2.5%	2.5%
Indicador de Solvencia Presupuestaria			
Egresos Corrientes / Ingresos Corrientes	97.4%	87.7%	88.9%
Indicadores de crecimiento			
Crecimiento de ingresos totales	8.8%	18.1%	11.0%
Crecimiento de contribuciones totales	9.9%	9.7%	9.6%
Crecimiento de egresos totales	11.6%	2.0%	6.0%
Crecimiento de remuneraciones	10.2%	5.7%	6.2%
Indicadores de Estructura del Gasto			
Remuneraciones / Egresos Totales	65.1%	67.5%	67.6%

xvi) Principales resultados de la ejecución presupuestaria del Seguro de Salud, a junio 2014

Ingresos:

- La ejecución presupuestaria de los ingresos y egresos se ajusta a lo programado, con un 54% y un 42%, respectivamente.
- La evolución de las contribuciones a la seguridad social, se mantienen en un crecimiento del 9%, producto de las condiciones económicas del país.
- Los ingresos recibidos producto de las transferencias corrientes, por parte del Gobierno Central, se han presentado conforme lo incluido en el presupuesto de la República, resalta el ingreso de asegurados por el Estado por un total de ¢ 22.908 millones (45% de ejecución).
- La recuperación de los gastos incurridos por la atención de las personas cubiertas por riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, ha mostrado un incremento de más del 100%, pasando de ¢ 3.418.9 millones en junio 2013 a ¢ 9.549.2 millones a junio 2014.

xvii) Principales resultados de la ejecución presupuestaria del Seguro de Salud, a junio 2014

Egresos

- En las remuneraciones el gasto se mantiene dentro de sus márgenes esperados (45.8% de ejecución) y un crecimiento razonable del 6.2%.
- La ejecución de los bienes y servicios, se intensifica en el segundo semestre, en razón de que se concretan la mayor parte de los procesos de contratación administrativa.
- En cuanto a las inversiones físicas se incluyeron ¢ 33.556 millones (74%) adicionales, respecto de la ejecución realizada en el 2013, donde se espera que en el segundo semestre se acelere la ejecución de estos recursos.

- xviii) Necesidades de recursos y balance pronosticado para finalizar del período 2014 (en millones de colones)

Necesidades de recursos (cuadro).

Fuentes de financiamiento (cuadro).

Balance final pronosticado (cuadro).

- xix) Informe de Ejecución y Evaluación Presupuestaria del RIVM Al 30 de junio de 2014.

- xx) Ingresos totales del Régimen IVM al 30 de junio de 2014, cifras en millones de colones.

Clasificación	Presup. Modif.	Ingresos	Diferencia	% Elec.	% Part.
I. Ingresos Corrientes (A + B + C)	799,019	391,393	407,627	49%	77%
A. Contribuciones a la Seguridad Social	604,429	296,317	308,112	49%	58%
Contribución Sector Público	206,644	101,321	105,323	49%	20%
Contribución Sector Privado	397,785	194,996	202,789	49%	38%
B. Ingresos No Tributarios	149,173	73,287	75,886	49%	14%
C. Transferencias Corrientes	45,417	21,789	23,628	48%	4%
II. Ingresos de Capital	39,390	14,201	25,189	36%	3%
III. Financiamiento	103,443	103,443	0	100%	20%
TOTAL DE INGRESOS	941,852	509,036	432,816	54%	100%

- xxi) Composición de los Ingresos del RIVM Al 30 de junio de 2014 (gráfico).

- xxii) Ejecución Presupuestaria de los Ingresos del RIVM, al 30 de junio de 2014 (gráfico).

- xxiii) Tasas nominales de variación de las contribuciones del RIVM, junio 2010 – 2014 (gráfico).

- xxiv) Ingresos No Tributarios del RIVM A junio de 2014: ₡73,287 millones.

- xxv) Ingresos Transferencias Corrientes del RIVM, Junio 2014 (millones de colones): ₡21,789 millones.

- xxvi) Ingresos de Capital del RIVM A junio de 2014: ₡14,201 millones.

xxvii) Comparativo Ingresos del RIVM
A junio de 2013 – 2014.

CLASIFICACION	Jun-13	Jun-14	% Cres.
INGRESOS CORRIENTES	362,949	391,393	8%
CONTRIB. SEGURIDAD SOCIAL	272,655	296,317	9%
Contribución Sector Público	94,241	101,321	8%
Contribución Sector Privado	178,413	194,996	9%
INGRESOS NO TRIBUTARIOS	76,382	73,287	-4%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	13,912	21,789	57%
INGRESOS DE CAPITAL	2,554	14,201	456%
FINANCIAMIENTO	163,268	103,443	-37%
TOTAL DE INGRESOS	528,771	509,036	-4%
MENOS:			
(-) FINANCIAMIENTO	163,268	103,443	-37%
(-) TOTAL INGRESOS NETOS	365,503	405,594	11%

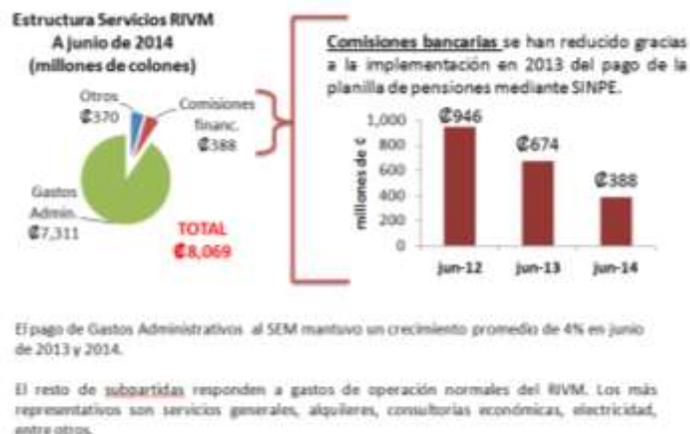
↑ Se han desazonado debido a la menor actividad económica.
↓ Influyen tasas de interés y mercado de capitales.
↑ Transf. Art. 789 LPT.
↑ Vencimientos TUDES.
↑ Crecimiento de 11% sin considerar vigencia anteriores.

xxviii) Egresos totales del RIVM al 30 de junio de 2014 Cifras en millones de colones

CLASIFICACIÓN	PRESUP. MODIF.	EGRESOS	DIF.	% EJE.	% PART.
Remuneraciones	8,022	3,563	4,460	44%	1%
Servicios	18,292	8,069	10,223	44%	2%
Materiales y Suministros	159	29	130	18%	0.01%
Intereses y Comisiones	5,209	2,199	3,010	42%	1%
Activos Financieros	148,443	101,429	47,014	68%	24%
Bienes Duraderos	431	97	334	22%	0.02%
Transferencias Corrientes	756,917	310,714	446,204	41%	73%
Cuentas Especiales	4,378	0	4,378	0%	0%
TOTAL EGRESOS	941,852	426,099	515,753	45%	100%

xxix) Ejecución presupuestaria de los Egresos del RIVM Al 30 de junio de 2014 (gráfico).

xxx) Gasto en Servicios del RIVM
Al 30 de junio de 2014.
Estructura Servicios RIVM
A junio de 2014
(millones de colones)



xxxi) Ciclo de las inversiones de IVM y su registro presupuestario.

xxxii) Comparativo Egresos del RIVM

A junio de 2013 – 2014

				INFLACIÓN JUNIO 2014: 4.6%	
CLASIFICACION	Jun-13	Jun-14	% Crec.		
Remuneraciones	3,429	3,563	4%	↓	- Medidas optimización
Servicios	7,981	8,069	1%	↓	- Gastos <u>administr.</u> crecen poco - Ahorros comisiones bancarias
Materiales y Suministros	13	29	113%		
Intereses y Comisiones	1,615	2,199	36%	↑	Intereses acumulados de títulos valores e inversiones en función del mercado de capitales.
Activos Financieros	91,009	101,429	11%		
Bienes Duraderos	1	97	6829%	↑	Compra de equipo de cómputo
Transferencias Corrientes	273,825	310,714	13%	↑	Aumento en el monto de las pensiones y pensiones nuevas 2014.
TOTAL DE EGRESOS	377,875	426,099	13%		

xxxiii) Indicadores evaluación de la ejecución presupuestaria del RIVM, junio 2013-2014

Indicador	jun-12	jun-13	jun-14
Ejecución presupuestaria			
Ingresos Corrientes	49%	50%	49%
Ingresos Totales	58%	61%	54%
Egresos Totales	41%	44%	45%
Crecimiento			
Crecimiento de Ingresos Totales	14%	15%	-4%
Crecimiento de Contribuciones	10%	9%	9%
Crecimiento de Egresos Totales	15%	18%	13%
Crecimiento del pago de pensiones	15%	14%	12%
Autonomía Presupuestaria			
Ingresos propios (Contrib., Ing. No Tribut.) / Ingresos Totales	68%	66%	73%
Solvencia Presupuestaria			
Egresos Corrientes / Ingresos Corrientes menos Intereses	93%	99%	100%
Beneficios económicos otorgados			
Pensiones / Ingresos Corrientes menos Intereses	78%	84%	84%
Estructura del Gasto			
Pensiones / Egresos Totales	67%	65%	64%
Activos Financieros / Egresos Totales	21%	24%	24%

xxxiv) Propuesta de acuerdo:

Con base en la recomendación contenida en los oficios GF-25.702 y GF-25.703 23 y 29 de julio del 2014, respectivamente, emitidos por el Lic. Gustavo Picado Chacón, en calidad de Gerente Financiero, por medio de los cuales se remiten el “Informe de Ejecución Presupuestaria al 30 de junio de 2014” y el “Informe de Evaluación Presupuestaria del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte con corte al 30 de junio de 2014”, así como, los dictámenes técnicos en los oficios DPI-364-2014/ACEP-206-2014 y DPI-368-2014/ ACEP-208-2014 del 23 y 24 de julio del presente año, respectivamente, suscritos por el Dr. Róger Ballesterero Harley, Director de Planificación Institucional y Lic. Leylin Méndez Esquivel, Jefe Área de Control y Evaluación Presupuestaria, esta Junta Directiva ACUERDA:

xxxv) Propuesta de acuerdo:

Acuerdo cuarto: En relación con el proceso actual de planificación y con el fin de mejorar el proceso de evaluación, y por ende, la rendición de cuentas, se hace necesario reiterar las siguientes recomendaciones a las Gerencias y sus unidades adscritas:

4.1. Proseguir con el proceso de mejora continua en los planes tácticos y planes-presupuesto, con el apoyo y asesoría de la Dirección de Planificación Institucional, de manera que se articulen las metas contenidas en estos planes, en función de los cuatro programas institucionales.

4.2. Contribuir desde su ámbito de aplicación al logro de los objetivos y prioridades institucionales, contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo, Plan Estratégico Institucional y los programas institucionales.

4.3. Asegurar el suministro de información oportuna, confiable, suficiente y de calidad, como parte de la rendición de cuentas que se brinda a las autoridades superiores. La información que se utiliza como insumo en los procesos de rendición de cuentas, debe estar documentada a fin de demostrar ante los entes fiscalizadores o autoridades superiores la veracidad de la información.

A propósito de una consulta del Director Devandas Brenes en relación con la meta GP-4.6: “*Al finalizar el año 2014, se haya implementado en un 75% adicional, la Herramienta de satisfacción del usuario respecto de los servicios de pensiones de IVM para un acumulado de 100%*”, la licenciada Jiménez Vargas indica que es una herramienta elaborada por la Gerencia de Pensiones, para medir cuál es la satisfacción de los usuarios con respecto de los servicios de atención. Se ha estado implementando la herramienta y se espera reanudar para determinar cuál es el comportamiento en el segundo semestre y se desconoce el grado de satisfacción.

En relación con la meta GIT 9.3: Ejecución de un 100% global de las metas anuales según el Plan de Implementación del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional (SGMI), aprobado por las autoridades superiores, señala que no tenía conocimiento de que existía un Reglamento de esa naturaleza, aprobado en el 2012. Manifiesta su preocupación por que dos años después, se ha avanzado en un cincuenta por ciento en la elaboración de una Norma para la Autoevaluación de Gestión y Mantenimiento. Le parece que son aspectos por considerar, en relación con el problema de mantenimiento que se está presentando en los centros Hospitalarios.

Con respecto a la meta GA 7.6: Implementación de un 30% adicional del Plan de Acción de la Política Integral de Buen Trato, pregunta el Dr. Devandas Brenes si en el Programa de

Sensibilización de Buen trato, están incluidos los Guardas que están ubicados en las puertas de los hospitales.

Responde la señora Presidenta Ejecutiva que en principio están incluidos, pero se si desea se revisa el tema en detalle.

Referente a la meta DPI 1.17: *Implementación en un 100% de la Política de Calidad Institucional*, don Mario consulta quién está gestionando la Política.

Sobre el particular, la licenciada Jiménez Vargas anota que la Dirección de Planificación Institucional tiene diseñada la propuesta y está en un proceso de validación por medio de los Gerentes, para elevarla a la Junta Directiva.

Ante una inquietud del doctor Devandas Brenes, señala el Dr. Ballestero Harley que para la elaboración de la Política se solicitó, como requisito que se proyecte con una visión integral. De manera que se diseñó en términos de integrar los esfuerzos de las unidades en un sistema de gestión de calidad, dado que en la Caja las Unidades realizan esfuerzos aislados, por ejemplo, una Unidad trabaja en integrar sus esfuerzos en un sistema, otra Unidad realiza una parte pero no termina de desarrollar otra. Considera que la Institución tiene que tener un marco orientador general a partir de que la Junta Directiva apruebe una política y un compromiso por la calidad, además forma parte la Carta Iberoamericana de la Calidad que el país firmó, que es la visión país en materia de la calidad. Con el documento analizado y con una directriz de la Junta Directiva, todos los niveles y los esfuerzos que vayan haciendo están estrictamente canalizados en todos los ámbitos de gestión. Está amparado por las Normas de la Calidad de la Organización Internacional de Normalización (ISO), y muy cercana a las nuevas normas que se modifican a partir del año 2015-2016, están también con ese enfoque para que la Institución tenga una visión actualizada. La Política está lista, le falta revisar esa distribución de cómo está el documento y recibir la retroalimentación. Por otra parte, incluye los aspectos de seguridad del paciente en la gestión de la calidad, elementos que se deben considerar dentro de esa política.

La señora Presidenta Ejecutiva manifiesta su preocupación, dado que la meta está relacionada con la implementación de un 100% de la Política de Calidad Institucional y si al mes de agosto no se tiene un avance significativo, no se va a cumplir con la meta.

Aclara el doctor Ballestero Harley que se tuvo un desfase en esa presentación y se incluye la corrección porque en realidad, la meta definida era el diseño y presentación de la política para cumplimiento en esta primera fase, no de la implementación de la Política. Incluso, la Política no se implementa desde la Dirección de Planificación Institucional, sino que se facilitan los procesos de la divulgación, pero cada gestor y cada Unidad Ejecutora son las que debe desarrollar sus sistemas de gestión.

Ante una consulta del Director Alvarado Rivera, responde el Dr. Ballestero que no existe una Política de Calidad en la Institución.

El licenciado Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, en el sentido de que la atención al paciente va ligada a una política de esa naturaleza. Pregunta que desde cuándo están en el diseño de la Política de Calidad, en qué tiempo se tenía que haber presentado y quiénes son los responsables de que el instrumento no esté implementado en la Institución.

Al respecto, el Director Devandas Brenes entendió que se está diseñando una Política de Calidad Institucional y la meta establecida es tener concluido ese diseño este año y luego, será la implementación. Recuerda que el Dr. Ballestero aclara que en la presentación se utilizó implementación y es diseño de un instructivo que, posteriormente, será presentado a consideración de la Junta Directiva.

A propósito de una inquietud del Director Alvarado Rivera, señala el Dr. Ballestero Harley que lo indicado, fue en el sentido de que las Unidades gestionan esfuerzos aislados en materia de calidad. De modo que se pretende implementar desde el más alto nivel una Política de Calidad para que acompañe, alimente y desarrolle el compromiso de la Institución con la calidad. Cada Unidad se organizará y desarrollará sus proyectos de calidad y servicio dependiendo de un eje ordenador, que dirija hacia dónde se conducen las funciones.

Don Renato reitera su preocupación dado que no existe una Política diseñada en el año 2013. Pregunta quién es el responsable de implementar la Política de Calidad.

La señora Presidenta Ejecutiva recuerda que estas metas se acuerdan y se plantean con los entes fiscalizadores del Gobierno y se envía a la Contraloría General de la República. En cuanto a la meta planteada denominada implementación en un 100% de la Política de la Calidad Institucional, al Ente Contralor no se enviará un avance en el tema de calidad, por cuanto no se tiene. En la Institución existen funcionarios que han hecho esfuerzos aislados, por ejemplo, en el Hospital Nacional de Niños, con el tema de la seguridad del paciente, los funcionarios de los Laboratorios, han trabajado bastante, en el tema de mantenimiento se han tenido algunos logros, pero el diseño de la Política de Calidad, se está informando que se tiene un documento con la Política, pero no se está implementando. El tema de mayor preocupación es cuando se hace referencia a políticas de calidad o de implementación de un Programa de Calidad a nivel Institucional, porque existen lineamientos nacionales.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación en términos de que el tema de la Política de Calidad no es solo un problema de voluntad, si no cultural que ha acumulado la Institución a través de los años y para modificar esa cultura, habría que determinar si se están incluyendo algunos instrumentos o iniciativas. Como ejemplo, cuando una persona está en un Hospital está presa, existe una cultura militar carcelaria, le parece que se debería modificar. Además, a un paciente internado le dan la comida a las 11 a.m., tenga o no apetito y si no come, se enfría la comida y la retiran, en otros países, como ilustración, los alimentos se los ubican a las personas en una refrigeradora y la persona come cuando tiene apetito, porque lo calienta en un microondas, el esquema se modifica radicalmente. Aclara que se refirió a esos ejemplos porque la calidad implica invertir recursos en infraestructura, equipo y otros. Por otra parte, le parece que se debe girar instrucciones para que se atienda las listas de espera en cirugías, dado que ha tenido conocimiento que, como ilustración, un paciente solicita una cita en el mes de enero y se le indica que regrese en el mes de octubre de ese año, para que le sea asignada, ese paciente no ingresa a la lista de espera, de manera que existe una lista de espera oculta y que, eventualmente, no beneficia a los pacientes ni a la Institución. Solicita que se envíe un mensaje a la Gerencia Médica y a los Hospitales para que esa práctica sea erradicada y cuando las personas solicitan una cita, aunque se le otorgue a cinco años que aparezca en el registro y no se tenga una información sesgada.

Interviene la Directora Soto Hernández y manifiesta su preocupación, cuando el licenciado Alvarado Rivera anota que en la Institución no existe una Política de Calidad. Estima que la Institución no podría existir sino tiene calidad, por lo que considera que don Renato se refiere al tema con un énfasis distinto. Considera que en la Caja existe la calidad pero lo que no hay es una actitud para aplicar la calidad ni la calidez en la prestación de los servicios de salud. Lo indica porque esa fue la fase final de su trabajo como funcionaria de la Institución. Envía un mensaje para que se practique la calidad, pero el cambio de actitud es un acto voluntario. Menciona que don Roger, don Gustavo formaron parte de una Comisión Institucional de la Calidad, coordinada por el Dr. Urroz y don Renato formaba parte de la Junta Directiva. Esa comisión se reforzó con la Licda. Sonia Torres que regresaba de Japón para que se implementara la calidad y calidez que se aplica en Japón. Le parece que en la Caja lo que sucede es que los funcionarios no aplican el modelo. Por otro lado, comenta que se reunió con don Guillermo Abarca y le preguntó cómo se seleccionaba al personal para que ingresara a trabajar en la Institución, sino conocía cómo se debía manejar el buen trato, ese aspecto tenía que formar parte del perfil. Don Guillermo Abarca concuerda con su opinión y se convocó a los Administradores de Hospitales para analizar el tema e, inclusive, se impartió un taller. Reitera su preocupación cuando se trata el tema de la calidad y la calidez porque el producto no es medible, solo se puede hacer en lo interno de las personas. Hace hincapié en que tal vez la Política no existe, pero hubo muchos proyectos encaminados a lograr un cambio de actitud en el personal, para que dieran calidad en la prestación de los servicios de salud.

Recuerda el licenciado Alvarado Rivera que a la Junta Directiva se le realizó la presentación del programa de la calidez y la calidad. Le preocupa cuando se indica que se está diseñando una Política de Calidad y, además, se establece como meta seis meses para cumplirla y todavía no se tiene una proyección en la Institución. Hace hincapié en que existía un Programa Institucional de la Calidez, había rótulos pegados y distribuidos por toda la Institución, por lo cual no puede ser que el tema se esté iniciando de cero. Manifiesta su inquietud porque pareciera que los temas se presentan de nuevo a la Junta Directiva cuando inicia su gestión, o sea, cada cuatro años. Sin embargo, esta Institución tiene setenta años de existir. Le parece que no se pueden referir a la Calidad y Calidez como una materia desconocida que ahora se va a implementar, cuando existen actividades que están en proceso de implementación. Le hubiera satisfecho que el tema fuera la continuidad de un proceso que pudo haber iniciado muy incipiente y con herramientas escasas, pero que se haya fortalecido en el tiempo con un proceso de inducción en la Institución, de manera que permitiera indicar a la opinión pública que el proyecto se viene madurando. Le preocupa que quede la idea que no se trabajó en el tema y que en el pasado las Juntas Directivas no mostraron interés en el tema, aunque las Juntas Directivas se establecen cada cuatro años y existe un personal que le debe dar continuidad a los procesos. Deja constancia de su inquietud y preocupación y considera que si existe un programa debe ser implementado para que se inicie el trabajo. No le parece que se haya tardado seis meses en elaborar un documento, porque existe una demanda de la población que solicita se mejoren los servicios de salud.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación en el sentido de que las metas en el Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas, se determinó un 87.87% de cumplimiento y la Institución tiene una lista de espera significativa, de modo que si se divulga esa información de los medios de comunicación, no sería creíble para la población. Consulta cómo está construido ese indicador.

Sobre el particular, señala la Dra. Sáenz Madrigal que no estuvo cuando los indicadores fueron diseñados, pero en su gestión correspondió que se realizara un análisis de varios y del Programa de Atención Integral de Salud a las Personas, se identificaron algunos indicadores y sobre ellos se está evaluando ese 87.87%. Por ejemplo, algunos se refieren al Plan del Cáncer, Trasplante de Órganos, entre otros.

A propósito de una inquietud, en relación con la lista de espera en cirugía, refiere la licenciada Jiménez Vargas que en el último reporte que se tiene es de ciento dos mil veinticuatro cirugías.

El Dr. Devandas Brenes sugiere que las listas de espera en Cirugía deberían estar clasificadas, como ejemplo, en complejas y ambulatorias.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que la mayoría de las cirugías son para eliminar hernias y en Ortopedia.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala en relación con lo planteado por don Mario y lo que indica la licenciada Jiménez Vargas en términos de que hubo una reducción en el número de días, lo que permitió que se avanzara en tres mil y resto de cirugías en el universo de más de cien mil cirugías, no es notorio para la población. En esos términos la Junta Directiva puede reconocer un gran esfuerzo, los que están en la Dirección de Planificación también, pero hacia afuera como lo indica el licenciado Devandas Brenes, si se informa que el Programa tiene un 88% de cumplimiento, se le está indicando a una lista de ciento dos mil veinticuatro personas y que se incorporaron tres mil pacientes; le preocupa porque esos tres mil pacientes no se determinan en el universo que hay pendiente. El asunto no es que no se estén realizando tareas, el asunto es que hay que hacer más y tiene que haber un avance mayor, para que los clientes del servicio se sientan satisfechos y se pueda reflejar la mejoría en los servicios de salud que brinda la Institución. Reitera su preocupación por que, eventualmente, mañana se pasa un cuestionario a los usuarios del servicio en cada Centro de Salud y no van a tener una respuesta de satisfacción del cliente, por el contrario, las personas tendrían un instrumento para indicar lo que sienten, no lo piensan, sino lo sienten. De manera que no se va a tener una respuesta positiva, si no que más bien mostrará el problema existente en la atención que brinda la Institución. Como el ejemplo que se mencionó de los Guardas en las puertas de los Hospitales, en el sentido de que no tienen inducción de cómo tratar a las personas que llegan al centro hospitalario, o si la tuvieron no la asimilaron. Aclara que no solo los Guardas de la Caja, sino los que están en la entrada del Ministerio de Salud, del Ministerio de Ambiente, del Ministerio de Hacienda, tienen un problema de falta de carisma para recibir al administrado, al costarricense que va a realizar un trámite, es general. Está de acuerdo en que el Guarda de un Ministerio es distinto al de un Hospital o de un EBAIS, pero es parte de una cultura que debe ser modificada y es un reto. Por otro lado, en cuanto a la meta que muestra un rezago en la construcción de los EBAIS, el día de hoy conversaba con la señora Presidenta de la Junta Directiva, y le comentó que ha estado realizando visitas a las Zonas Norte y del Caribe visitando algunos EBAIS, le llamó la atención en que una altísima proporción, se ubican en lugares alquilados. Sobre el tema, también le mencionó que se le consultó al Auditor y, en ese sentido indicó que la Auditoría realizó un estudio y emitió un informe. Entonces recordó el ejemplo que mencionó en una sesión de la Junta Directiva pasada, en el sentido de que COOPESIBA alquila oficinas en San Pablo de Heredia y tomó la decisión de solicitar un préstamo, se lo asignaron y le adecuaron el préstamo para que sea el mismo monto que paga por el arrendamiento. Destaca que no entiende como una Institución como la Caja, tiene una inversión tan elevada en alquileres y lo lógico sería que no pagara alquileres sino que

construyera. Le parece que se debe analizar en cada caso el monto del alquiler y las condiciones, pero cuando visitan las comunidades se indica que se logró un terreno donado por la Municipalidad, por otro lado se indica que la Asociación de Desarrollo va a donar el terreno. Estima que por el tema tierra que es muy importante en el momento de considerar el valor total de la construcción, existe un gran avance; como ilustración, hay varios casos en Heredia y la Dra. Sáenz Madrigal conoce que en Santa Bárbara existe un terreno, en San Pablo de Heredia, COOPESIBA compró pero tenían el terreno porque la Municipalidad de San Pablo lo había donado para que la Caja construya. También tiene conocimiento, inclusive, de gestiones donde la Caja se ha negado a aceptarlo porque compromete a la Institución a desarrollar un proyecto. Le preocupa que en lugar de construir la preferencia sea alquilar, porque es una lógica que no beneficia a la Institución. Conoce que la Caja tiene personas que colaboran con la Institución y gestionan para que se le donen terrenos. Considera que se debe tener un crédito en lugar de pagar el arrendamiento, de manera que se cancele el crédito para realizar la tarea. Estima que si como Junta Directiva en la gestión se quiere realizar algo, eso sería extraordinario, sería tomar una decisión histórica, tomar los diez EBAIS en los que se está pagando más recursos y buscar la forma para iniciar un plan, de manera que se logre cubrir la construcción, pero no se puede porque no existen recursos financieros. Le parece que se podría gestionar un fideicomiso con el Banco Nacional de Costa Rica o el Banco de Costa Rica. Recuerda que para el proyecto de construcción de la Asamblea Legislativa, la Banca Nacional se desbordó ofreciendo fideicomisos de todo tipo, de toda naturaleza y se acomodaba a las exigencias y a las disponibilidades de capital. Entonces, se tiene una Banca Pública que bajo el modelo de fideicomisos tiene los recursos, no solo ellos, las Mutuales también. Indica que la Mutual Alajuela, fácilmente, promueve un modelo de esta naturaleza. El punto es que se inicie el proceso. Deja planteada la propuesta para que se agende nuevamente como se indicó en la sesión pasada, o de ser posible en una sesión extraordinaria, pero se debe hacer algo. Reitera su preocupación, en el sentido de que al analizar el informe se determina un alto costo en el pago de alquileres. Insta para que se tome una decisión en términos de que se contribuya con un cambio en la cultura de la Institución, porque no se puede continuar asumiendo esos alquileres tan elevados, cuando existen otros modelos por medio de los cuales se puede construir EBAIS.

La señora Presidenta Ejecutiva menciona que todos estos temas generan mucha inquietud y considera que están acumulando toda la preocupación de la acción en el tema de infraestructura. Recuerda que esos EBAIS que están en arrendamiento fueron los que se comprometieron en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. El tema es que les corresponde arrastrar ese déficit que se había planteado y esa forma en la que se planteó. Considera que la llamada de atención de la señora Directora Alfaro Murillo, es en el sentido de que no vuelva a suceder.

En relación con lo indicado por doña Marielos, el Director Devandas Brenes anota no se trata sólo para construcción de los EBAIS, de los edificios, es la creación del EBAIS, lo que significa las plazas. Se refiere a EBAIS nuevos, contratación de médicos y otros. Además, hay metas por cumplir. Por ejemplo, la de investigación en Innovación y otras. Considera que se les debe solicitar un informe a los responsables del incumplimiento de las metas, en el que se indique que se hizo y por qué no se cumplió con las metas propuestas, para medir su responsabilidad o no responsabilidad.

La doctora Sáenz Madrigal sugiere se apruebe la ejecución presupuestaria y se tendría que revisar el informe de las metas físicas. Además, manifiesta su preocupación por la forma en que están plantadas las metas del PAO.

El Director Barrantes Muñoz indica que está de acuerdo en lo que se plantea, porque ha estado atento a lo que se ha expuesto y comparte la no satisfacción de la evaluación del PAO. Le parece que esta es una oportunidad para determinar el trasfondo y decidir de manera importante en cuanto a planificación para el segundo semestre. Considera que debería analizarlo con mucha atención. Preferiría si es el caso necesario, pedir una ampliación de plazo a la Contraloría General de la República, porque no le parece que deba aprobar el tema, simplemente como una mera formalidad y considera que se les debe enviar el documento, dado que el documento que se les remitió originalmente, no se logró abrir porque tenía problemas de lectura por el formato. Por otro lado, la exposición realizada, le parece mucho más clara en términos de exposición y se les debe remitir para analizarla con atención y fijar una fecha próxima volver a revisar el tema y realizar las observaciones de fondo que se estimen necesarias.

La señora Presidenta informa que se reunió ayer con la Contralora General de la República, por lo que está segura de que no va a existir ningún problema de solicitar el plazo.

El Director Devandas Brenes señala que apoya la posición de la señora Presidenta Ejecutiva. Le parece que el proceso de planificación en la Caja tiene que recibir un gran apoyo y estímulo. La posición no implica un cuestionamiento al trabajo de planificación, sino más bien un reconocimiento y una decisión de que ese proceso se debe fortalecer a nivel institucional, de manera que la planificación adquiera un sentido lógico. Ha insistido mucho en la planificación de mediano y largo plazo y menciona que eso quiere dejarlo claro, que no se interprete, de parte de él que esté cuestionando la calidad técnica del trabajo que realizan en la Dirección de Planificación.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, en el sentido de que un informe de esta naturaleza al ser informado a la Junta Directiva, está teniendo conocimiento del incumplimiento de las normas y procesos por parte de la administración. Le parece que esa situación debe ser resuelta y se informe al Órgano Colegiado cómo se cumplen los procesos, de lo contrario que se presente el cuadro y se indique cuáles son las metas, los plazos, los responsables y el nivel de cumplimiento. Reitera su preocupación en términos de que solo se indica que algunas metas no se cumplieron y otras, están en un proceso de cumplimiento y desde ese momento se tiene la responsabilidad de actuar sobre lo que no está funcionando. Por ejemplo, no se conoce quién es el responsable de que no se hayan creado o construido los EBAIS, o si han inaugurado o creado algunos. Por otro lado, señala que sobre esta forma de administración, en el pasado manifestó su insatisfacción, porque en una Institución como la Caja, donde existen proyectos que no son de planeamiento de ayer, ni que se están planeando en el año 2014, son procesos que se están programando de largo plazo. Si se tiene un programa organizacional, un lineamiento estratégico y una serie de metas por cumplir, que se presenten y se indique cuáles son los niveles de cumplimiento con las justificaciones del caso. Por ejemplo, la fecha en que tenía que estar cumplida la meta, por qué no se cumplió, quién es el responsable, para que la Junta Directiva con ese informe tome las acciones según corresponda, al ser el documento que se envía a la Contraloría General de la República. Pareciera que no existe responsabilidad y no hay responsables de que no se hayan cumplido las metas, sin embargo, en este momento la Junta Directiva es la responsable de que las metas se cumplan. Como ilustración, si los recursos financieros son insuficientes para cumplir con lo planteado, se busque una solución al problema, es más factible indicarle al Ente Contralor que lo definido en las metas es materialmente imposible cumplirlo, pero indicado de esa manera, la Junta Directiva queda en una situación

difícil. Sugiere que en ocho días se presente de nuevo el tema, pero si el informe no está preparado como se está planteando y se presenta el mismo cuadro, que se envíe como está a la Contraloría General de la República, porque iguales son los efectos que se van a producir.

A continuación, se procede a conocer el oficio N° GF-25.703-14, del 29 de julio anterior, que firma el Gerente Financiero, mediante el que se presenta el Informe semestral de evaluación presupuestaria como complemento al informe de ejecución presupuestaria al 30 de junio de 2014 correspondiente al Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

La presentación está a cargo de la licenciada Jiménez Vargas, con base en las láminas que se especifican:

- i) Informe de Evaluación
Plan Presupuesto Institucional
I Semestre 2014.
Ejecución Física
Dirección de Planificación Institucional, CCSS.
- ii) Conformación del Plan Presupuesto Institucional (PPI).
- iii) Parámetros de Evaluación (gráfico).
- iv) Resultados:
Ejecución Física por Programa.
- v) Resultados por programa.
- vi) Resultados por programa.
 - 1. Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas.

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GM 3.16 Disminución en un 1% del plazo promedio de espera, de los pacientes que se encuentren pendientes para la realización de un procedimiento quirúrgico a nivel nacional.	ND	0,5%	8,6%	100% 
GM 3.18 Avance de un 20% en el cumplimiento del Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016.	42%	6%	6,44%	100% 

vii) Resultados por Programa:

1. Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta Semestral	Logro	Cumplimiento
GL 8.12 Avance en un 43% adicional en la integración y regionalización de la Red de Lavado Institucional, para un acumulado de 65%.	22%	10%	10%	100%
GL 8.13 Avance adicional en un 45% en la implementación del Nuevo Modelo de Dotación de Ropa Hospitalaria, para un acumulado de 50% en el período.	5%	25%	25%	100%

viii) Resultados por programa:

1. Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta Semestral	Logro	Cumplimiento
GL 8.9 Alcanzar un 98% de abastecimiento de medicamentos e insumos médicos a nivel Institucional.	97,24%	98%	96,33%	98%
GIT 9.1 Ejecución de un 85% global de las metas anuales según la programación y asignación de recursos de cada periodo presupuestario para el Portafolio Institucional de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías.	83%	25%	23,5%	94%

ix) Proyectos de Infraestructura de Mayor Relevancia:

<p>➔ Reforzamiento estructural y reconstrucción de los sistemas electromecánicos del Hospital de Ciudad Neilly: Logró el 100% de ejecución del proyecto.</p> <p>Área: 12.883 m² Costo total aproximado: \$7.685 millones. Monto ejecutado junio 2014: \$453,1 millones.</p> 	<p>➔ Construcción y equipamiento del Centro de Atención Integral en Salud (CAIS) de Siquimes: Logró el 100% de la construcción (95% del ciclo de vida del proyecto).</p> <p>Área: 8.500 m² Costo total aproximado: \$12.188 millones. Monto ejecutado junio 2014: \$1.985 millones.</p> 
<p>➔ Readequación de Quirófanos Edificio Urgencias del Hospital Dr. R.A. Cabelán Guardia: Logró el 100% de la construcción (95% del ciclo de vida del proyecto).</p> <p>Área: 2.635 m² Costo total aproximado: \$2.370 millones. Monto ejecutado junio 2014: \$1.403 millones.</p> 	<p>➔ Remodelación Edificio Sucursal de Alajuela: Logró el 100% de ejecución del proyecto.</p> <p>Área: 1.438 m² Costo total: \$724 millones. Monto ejecutado junio 2014: \$470,2 millones.</p>  

- x) Resultados por programa:
 1. Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GIT PND 1.7 Construcción de 5 Sedes de EBAIS para el mejoramiento del primer nivel de atención.	11	1	0	0% 
GIT 10.4 Implementación en 24 Áreas de Salud, del Expediente Digital Único en Salud (EDUS).	24	6	3	50% 

- xi) Resultados por programa.
 2. Programa de Atención Integral de las Pensiones

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GP 4.6 Al finalizar el año 2014 se haya implementado en un 75% adicional, la herramienta de satisfacción de usuarios respecto a los servicios de pensiones de IVM para un acumulado de 100%.	25%	75%	75%	100% 
GP 4.15 Generación de una tasa de rentabilidad real promedio de las inversiones del RIVM de los últimos 20 años, mayor o igual a 3%.	5,34%	3%	5,08%	100% 

- xii) Resultados por programa.
 2. Programa de Atención Integral de las Pensiones

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GP 4.16 Implementación en un 25% del plan para la recaudación de créditos por medio de mecanismos alternativos, para un acumulado del 50%. (Sistema de Pago Electrónico, SINPE)	25%	12,5%	25%	100% 
GP 5.24 Avance de un 53% adicional del Modelo de Prestaciones Sociales, para un acumulado del 78%.	25%	26,5%	26,5%	100% 

- xiii) Resultados por programa.
2. Programa de Atención Integral de las Pensiones

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GP 5.25 Que al finalizar el año 2014, se hayan realizado 9 divulgaciones de la oferta de las prestaciones sociales.	ND	4	31	100% 

- xiv) Resultados por programa.
2. Programa de Atención Integral de las Pensiones

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GP 4.2 Otorgamiento de pensiones por vejez del RIVM a nivel nacional, en un promedio de 23 días naturales.	25	24	26	91,7% 
GP 4.3 Otorgamiento de pensiones por muerte del RIVM a nivel nacional, en un promedio de 52 días naturales.	54	55	60	90,9% 

- xv) Resultados por programa.
2. Programa de Atención Integral de las Pensiones

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GP 4.7 Otorgamiento de pensiones por invalidez del RIVM a nivel nacional, en un promedio de 180 días naturales.	185	182	218	80,2% 
GP 4.9 Resolución de apelaciones en un promedio de 85 días naturales para el riesgo de vejez del RIVM.	ND	90	103	85,6% 

- xvi) Resultados por programa.
2. Programa de Atención Integral de las Pensiones

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GP 4.20 Colocación de 10.000 millones de colones en créditos hipotecarios con recursos del Régimen del IVM.	8.409	4.000	2.698	67,5% 

- xvii) Resultados por programa.
3. Programa de Conducción Institucional

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GF 6.20 Avanzar en un 80% en los proyectos de simplificación de trámites.	89,5%	40%	50%	100% 
GIT 9.3 Ejecución de un 100% global de las meta anuales según el Plan de implementación del Sistema de Gestión de Mantenimiento Institucional (SGMI), aprobado por las autoridades superiores.	85%	50%	58%	100% 

- xviii) Resultados por programa.
3. Programa de Conducción Institucional

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GM 1.2 Avance en un 65% en el desarrollo del Sistema de Información para la Red de Vigilancia Epidemiológica (SISVE), para un acumulado de un 80% en el período.	10%	35%	35%	100% 
GM 3.6 Avance en un 50% en el desarrollo de la Propuesta de Actualización y Fortalecimiento del Modelo de Prestación de Servicios por nivel de atención, para un acumulado de 100% en el período.	30%	50%	50%	100% 

- xix) Resultados por programa.
3. Programa de Conducción Institucional

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GM 3.8 Avance de un 100% en la redefinición del Modelo de Gestión para los procesos de donación y trasplante.	ND	50%	50%	100% 
GM 3.9 Avance de un 50% en el ajuste y validación de la normativa técnica y administrativa institucional del proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos.	ND	25%	25%	100% 

- xx) Resultados por programa.
3. Programa de Conducción Institucional

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
GA 7.6 Implementación de un 30% adicional del Plan de Acción de la Política Integral de Buen Trato, para un acumulado del 50%.	20%	15%	15%	100% 
GA 7.7 Implementación en un 35% del Modelo de Gestión de la Calidad Institucional.	ND	5%	5%	100% 

- xxi) Resultados por programa.
3. Programa de Conducción Institucional

Descripción de la Meta Anual	Evaluación 2013	Meta semestral	Logro	Cumplimiento
DPI 1.17 Implementación en un 100% de la Política de Calidad Institucional.	ND	50%	0%	0% 

- xxii) Resultados por Gerencia y Otras Unidades:

GERENCIA	CUMPLIDA	ACEPTABLE	PARCIALMENTE CUMPLIDA	INSUFICIENTE	Total
Administrativa	4	0	0	0	4
Financiera	1	0	0	0	1
Infraestructura y Tecnología	3	1	0	2	6
Logística	2	1	0	0	3
Médica	10	0	0	0	10
Pensiones	8	2	2	1	13
Dirección de Planificación Inst.	1	0	0	1	2
Total	29	4	2	4	39

xxiii) Resultados por programa.

Programa	Porcentaje de cumplimiento
1. Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas	87,87%
2. Programa de Atención Integral de las Pensiones	93,52%
3. Programa de Conducción Institucional	92,31%
4. Programa Régimen No Contributivo de Pensiones	100%



xxiv) Recomendaciones.

xxv) Recomendación 1:

1. De conformidad con las directrices establecidas por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), la Contraloría General de la República (CGR) y de la Junta Directiva, se requiere impulsar un proceso gradual de transformación de la cultura institucional, hacia una gestión para resultados, a fin establecer una relación clara y verificable entre resultados que esperan obtener y medios definidos para ello, de tal forma que permitan un diseño integrado y articulado de acciones en la prestación de los servicios, que contribuyan de manera razonable, a satisfacer las necesidades y expectativas de la población.

xxvi) Recomendación 2:

2. En función de lo anterior y con el fin de mejorar el proceso de evaluación, y por ende, la rendición de cuentas, se hace necesario reiterar las siguientes recomendaciones a las Gerencias y sus unidades adscritas.
 - a) Proseguir con el proceso de mejora continua en los planes tácticos y planes-presupuesto, con el apoyo y asesoría de la Dirección de Planificación Institucional, de manera que se articulen las metas contenidas en estos planes, en función de los cuatro programas institucionales.

xxvii) Recomendación 2:

- a) Contribuir desde su ámbito de aplicación al logro de los objetivos y prioridades institucionales, contenidas en el Plan Estratégico Institucional y los programas institucionales.
- b) Asegurar el suministro de información oportuna, confiable, suficiente y de calidad, como parte de la rendición de cuentas que se brinda a las autoridades superiores. La información que se utiliza como insumo en los procesos de rendición de

cuentas, debe estar documentada, a fin de demostrar ante los entes fiscalizadores o autoridades superiores la veracidad de la información.

xxviii) Informe de Seguimiento
Metas con Rezago 30/12/2013
Dirección de Planificación Institucional.

xxix) Acuerdo Junta Directiva
Sesión N°8719 del 29 de mayo 2014, Artículo N° 20

“Informe de metas con Rezago”

“Solicitar a la Dirección de Planificación que haga la respectiva presentación a la Junta Directiva”.

xxx) Informe de metas con Rezago
Resultados a diciembre 2013



xxxi) Resultados Metas con Rezago
A Junio 2014



xxxii) Resultados Metas con Rezago
A Junio 2014

Indicador	Programación 2013	Logro Diciembre 2013	Situación Marzo 2014	Situación Junio 2014
GL 8.10 Porcentaje de avance de los estudios costo-beneficio de los centros de producción.	25%	14%	20%	21,88%

Presenta un avance del **21,88%** que corresponde:

1. Conclusión del Estudio Costo-Beneficio del Taller de Ortesis y Prótesis (12,5%).
2. Avance en un 75% en el Estudio Costo-Beneficio del Laboratorio Óptico (9,38%).

xxxiii) Resultados Metas con Rezago
Junio 2014

Indicador	Programación 2013	Logro Diciembre 2013	Situación Marzo 2014	Situación Junio 2014
GM 3.13 Porcentaje de cumplimiento del Plan Institucional del Cáncer PIAC.	45%	0%	42%	42%

El avance del **42%**, que corresponde a:

- 100% en la definición de las intervenciones, criterios diagnósticos, barreras y ruta crítica, para los tumores de mayor incidencia a nivel nacional.
- 100% diagnóstico de la atención de los diferentes tipos de cáncer definidos como prioritarios (Mama, Cérvix, Pulmón, Próstata, Gástrico y Colon), con el propósito de conocer la situación actual para identificar los problemas y necesidades de los servicios de salud.
- 83% de avance con relaboración y validación de los documentos de normalización técnica de Piel, Cérvix y Pulmón.
- 80% de avance en la definición, validación y aprobación, en documentos de normalización técnica de diagnóstico temprano de los tipos de cáncer prioritarios, pendiente la divulgación al personal de salud.

xxxiv) Resultados Metas con Rezago
A Junio 2014

Indicador	Programación 2013	Logro Diciembre 2013	Situación Marzo 2014	Situación Junio 2014
GM 3.1 Porcentaje de avance en el desarrollo del Sistema de Información de Administración del Conocimiento.	20%	0%	10%	10%

Presenta un avance del **10%**, con la elaboración la Ficha Técnica del KMS, que contiene la descripción detallada del perfil del software para que la normativa Institucional, (lineamientos técnicos, protocolos, guías, entre otros) sean colocados en la página web de la Institución.

xxxv) Resultados Metas con Rezago
A Junio 2014

Indicador	Programación 2013	Logro Diciembre 2013	Situación Marzo 2014	Situación Junio 2014
GM 3.2 Porcentaje de avance en el desarrollo del Sistema de Información para la Red de Vigilancia Epidemiológica (SISVE).	10%	0%	10%	10%

El avance del 10%: todos los establecimientos de salud se encuentran conectados al Sistema de Información para la Red de Vigilancia Epidemiológica. Se puede evidenciar en el Servidor de Epidemiología 172.30.17.124.

xxxvi) Resultados Metas con Rezago
A Junio 2014

Indicador	Meta	Logro Diciembre 2013	Situación Marzo 2014	Situación Junio 2014
GL 8.13 Porcentaje de avance en la adquisición de equipos del Plan de Inversión de Equipamiento Industrial.	12%	9%	9,6%	11,48%

El 11,48%, que corresponde al 3,6% (asignación de recursos) y 7,88% de los avances en la adquisición de los siguientes equipos:

- Loop de distribución de agua purificada, con un costo de \$100,000 .
- Lavadora y secadora semi-industrial, con un costo de \$151,717 .
- Apilador Blister, con un costo de \$50,000 .
- Sistema de generación y red de distribución de aire comprimido, con un costo de \$115,000 .

xxxvii) Resultados Metas con Rezago
A Junio 2014

Indicador	Meta	Logro Diciembre 2013	Situación Marzo 2014	Situación Junio 2014
GA PAOG Porcentaje de avance del proceso de implementación del Modelo de Gestión en Género.	15%	5%	15%	15%

Se logra cumplir la meta en un 100%, al aprobarse el "Modelo Institucional de Gestión del Género de la CCSS", en la sesión N°381 artículo N° 1 el Consejo de Presidencia y Gerencia del 10 de marzo del 2014.

xxxviii) Propuesta
Acuerdos Junta Directiva.

xxxix) Propuesta de acuerdo:

Con base en la recomendación contenida en los oficios GF-25.702 y GF-25.703 23 y 29 de julio del 2014, respectivamente, emitidos por el Lic. Gustavo Picado Chacón, en calidad de Gerente Financiero, por medio de los cuales se remiten el “Informe de Ejecución Presupuestaria al 30 de junio de 2014” y el “Informe de Evaluación Presupuestaria del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte con corte al 30 de junio de 2014”, así como, los dictámenes técnicos en los oficios DPI-364-2014/ACEP-206-2014 y DPI-368-2014/ ACEP-208-2014 del 23 y 24 de julio del presente año, respectivamente, suscritos por el Dr. Róger Ballesterero Harley, Director de Planificación Institucional y Lic. Leylin Méndez Esquivel, Jefe Área de Control y Evaluación Presupuestaria, esta Junta Directiva ACUERDA:

xl) Propuesta de acuerdo:

Acuerdo Primero: Aprobar el “Informe de Ejecución Presupuestaria al 30 de junio de 2014”, que contiene la ejecución financiera y física del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte con corte al 30 de junio de 2014, por los montos indicados en el siguiente cuadro, el cual se complementa con el documento que queda constando en la correspondencia del acta de esta sesión.

Informe de Ejecución Presupuestaria del Seguro de Salud y
el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Al 30 de junio de 2014
(En millones de colones)

Concepto	Salud	I.V.M.	Total
Ingresos recibidos	955,670.5	509,036.5	1,464,707.0
Menos			
Egresos realizados	745,750.8	426,099.1	1,171,849.9
Diferencia Ingresos- Egresos	209,919.7	82,937.4	292,857.1

xli) Propuesta de acuerdo:

Acuerdo segundo: Aprobar el Informe de Evaluación Presupuestaria al 30 de junio de 2014 del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, que contiene la evaluación financiera de los ingresos y egresos, la evaluación física de los objetivos y metas y el avance de los 22 proyectos de inversión que por su monto deben reportarse a la Contraloría General de la República (CGR).

Acuerdo tercero: De conformidad con las directrices establecidas por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), la Contraloría General de la

República (CGR) y de esta Junta Directiva, se impulsará un proceso gradual de transformación de la cultura institucional, hacia una gestión para resultados a fin de establecer una relación clara y verificable entre resultados que se esperan obtener y medios definidos para ello, de tal forma que permitan un diseño integrado y articulado de acciones en la prestación de los servicios que contribuyan, de manera razonable, a satisfacer las necesidades y expectativas de la población.

xlii) Propuesta de acuerdo:

Acuerdo cuarto: En relación con el proceso actual de planificación y con el fin de mejorar el proceso de evaluación, y por ende, la rendición de cuentas, se hace necesario reiterar las siguientes recomendaciones a las Gerencias y sus unidades adscritas:

4.1. Proseguir con el proceso de mejora continua en los planes tácticos y planes-presupuesto, con el apoyo y asesoría de la Dirección de Planificación Institucional, de manera que se articulen las metas contenidas en estos planes, en función de los cuatro programas institucionales.

4.2. Contribuir desde su ámbito de aplicación al logro de los objetivos y prioridades institucionales, contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo, Plan Estratégico Institucional y los programas institucionales.

4.3. Asegurar el suministro de información oportuna, confiable, suficiente y de calidad, como parte de la rendición de cuentas que se brinda a las autoridades superiores. La información que se utiliza como insumo en los procesos de rendición de cuentas, debe estar documentada a fin de demostrar ante los entes fiscalizadores o autoridades superiores la veracidad de la información.

En cuanto a la recomendación, indica la doctora Sáenz Madrigal que sería a la Gerencia Médica y no a la Dirección del Hospital México.

Aclara el licenciado Alfaro Morales, que en su momento se indicó a la Dirección del Hospital por cuanto el Director debe resolver, es su responsabilidad, la intensión no es que aparezca la Gerencia Médica como un amortiguador de la responsabilidad del Hospital, porque puede prestarse para que los directores no resuelvan, dado que conocen que lo asumiría la Gerencia Médica. En este caso, no se trata de sentarle una responsabilidad al Director, es indicarle que de los antecedentes que existen se desprende, que existe una apelación que debe resolver.

Ante una consulta de la Directora Soto Hernández en términos de conocer si en el Hospital México existe una Sección de Jurídica, por lo que los funcionarios no debían acudir a esa instancia inicialmente, el licenciado Alfaro Morales señala que esos abogados responden jerárquicamente al Director del Hospital. Se ha revisado y se está en una propuesta que, inclusive, el Gerente Administrativo está elaborando una propuesta en términos de cómo se organiza y se enfoca el tema jurídico. Por otro lado, la función de los abogados del Hospital se determina en el sentido de que es para la prevención para que los procesos se realicen correctamente, pero depende de la utilidad que desee darle el Director del Hospital a los abogados.

Por lo tanto y en virtud de los ajustes y la información complementaria que se ha solicitado a la Dirección de Planificación Institucional respecto de la evaluación presupuestaria, que se solicita presentar en la próxima sesión ordinaria, la Junta Directiva –por unanimidad- acuerda solicitar

plazo a la Contraloría General de la República, a efecto de presentar los informes: Informe ejecución presupuestaria del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez Vejez y Muerte al 30 de junio del año 2014, e Informe semestral de evaluación presupuestaria como complemento al Informe de ejecución presupuestaria al 30 de junio del año 2014 correspondiente al Seguro de Salud y al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

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

El doctor Ballesterero Harley, el licenciado Gómez Rodríguez, la licenciada Jiménez Vargas, el licenciado Vargas Segura, y la ingeniera Méndez Esquivel se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 9º

Con el voto negativo de la Directora Alfaro Murillo y del Director Alvarado Rivera, **se da la firmeza** a lo resuelto en el artículo 5º de esta sesión, en donde se externó criterio en cuanto al Expediente 17.415, Proyecto modificación de los artículos 236 y 237 y derogatoria del Subinciso 2) del inciso a) del artículo 223 del Código de Trabajo, Ley N° 2 del 27 de agosto de 1943 y sus reformas.

ARTICULO 10º

Se tiene a la vista la consulta en relación con el expediente número 18.647, Proyecto reforma a los artículos 52º y 94º del Código Electoral Ley 8765, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.37.833-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 28 de julio del presente año, número CG-211-2014, suscrita por la señora Rosa María Vega Campos, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el oficio firmado por el señor Gerente Financiero, número del GF-25.714-14, de 29 de julio del año en curso, que literalmente dice:

“Mediante el oficio JD-PL-0050-14 del 29 de julio de 2014, se solicita a la Gerencia Financiera emitir criterio respecto al proyecto de ley denominado "Reforma de los artículos 52 y 94 del Código Electoral, Ley N° 8765" y tramitado bajo el expediente N° 18.647, para la sesión del 07 de agosto de 2014.

En ese sentido y dado que se ha estimado pertinente solicitar criterio a las dependencias de este despacho gerencial, se le solicita de la manera más atenta, gestionar ante la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa, la concesión de una prórroga del plazo indicado en el oficio CG-211-20 14 del 28 de julio de 2014, por diez (10) días hábiles más, a fin de que el criterio requerido sea puesto en conocimiento de la Junta Directiva, en la sesión ordinaria del 21 de agosto de 2014.

Así las cosas y con el aval requerido, se estaría presentando el criterio de marras en la fecha indicada y conforme lo agende la oficina a su cargo”,

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación del licenciado Picado Chacón –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de 10 (diez) días hábiles más para responder.

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 11°

Por unanimidad y mediante resolución firme, **se dispone** reprogramar, para la próxima sesión ordinaria, los asuntos que se detallan y cuyos oficios han sido firmados por el señor Gerente Financiero:

- 1) Oficio N° GF-25.501-14, del 22 de julio del año 2014: presentación informe deuda del Estado con los Seguros de Salud, y de Invalidez, Vejez y Muerte al 30 de mayo del año 2014 e informe técnico sobre la interpretación del artículo 177 de la Constitución Política; anexa nota N° 22.797-14.
- 2) Oficio N° GF-25.679-14, de fecha 28 de julio del año 2014: presentación estados financieros institucionales del Seguro de Salud al 30 de junio del año 2014.

El licenciado Picado Chacón se retira del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; la licenciada Loredana Delcore Domínguez, Jefe de la Subárea de Beneficios para Estudio, y el doctor Juan Carlos Esquivel Sánchez, Jefe del Área de Planificación del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

ARTICULO 12°

Por unanimidad, se declara la firmeza de las resoluciones adoptadas en el artículo 21° de la sesión número 8727 del 31 de julio del año en curso, que se detallan, en resumen:

ACUERDO PRIMERO: oficio N° GM-SJD-5453-2014 de fecha 18 de julio del año 2014, firmado por la Gerente Médico: se acuerda aprobar propuesta financiamiento de hospedaje y alimentación, a los instructores del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS): Dra. Claudia Juárez Ruiz, y Lic. José Miguel Hernández Barajas, para impartir el Curso “La deshumanización en los hospitales y las propuestas de gestión para enfrentarla: relación de ayuda, buen trato al paciente y cuidado”, del 11 al 14 de agosto del presente año, en el CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), que está dirigido a los funcionarios en el campo de las Ciencias de la Salud.

ACUERDO SEGUNDO: oficio N° GM-SJD-5480-2014, de fecha 24 de julio del año 2014, que firma la Gerente Médico: se acuerda aprobar compra o reembolso del costo del tiquete aéreo San José, Costa Rica-Maryland, Estados Unidos-San José, más los impuestos de salida, así como el pago de los viáticos reglamentarios, para que el Dr. Fernando Morales Martínez, Director del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, participe en la Reunión de Alto Nivel Retos emergentes de la protección social y en el

Taller arquitectura de la protección social, que se llevará a cabo en Maryland, Baltimore, Estados Unidos, el 11 y 12 de setiembre del año 2014.

ACUERDO TERCERO: oficio N° GM-SJD-5481-2014 de fecha 28 de julio del año 2014, suscrito por la Gerente Médico: se acuerda aprobar propuesta beneficios para estudios, a favor del Dr. Federico Malavassi Corrales, Médico Especialista en Cardiología del Hospital San Juan de Dios, para realizar Especialidad en Electrofisiología Cardiovascular, en la Universidad de La Sabana, en Colombia, del 2 de agosto de 2014 al 29 de julio del año 2016.

ACUERDO CUATRO: oficio N° GM-SJD-5483-2014 de fecha 28 de julio del año 2014, firmado por la Gerente Médico: se acuerda aprobar beneficios para estudios, que consiste en permiso con goce de salario, en carácter de beca, del 3 de agosto al 1° de noviembre del año 2014, a favor de la Licda. Carol Bertarioni Alfaro, Imagenóloga del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios, para realizar entrenamiento sobre Técnicas de Tecnología Híbrida PET/CT, en el Centro de Imagenología Molecular–CUDIM, Montevideo, Uruguay, del 4 de agosto al 31 de octubre del 2014.

ARTICULO 13°

Conforme con lo previsto, se procede a conocer el oficio GM-SJD-5458-2014, del 18 de julio del año 2014, firmado por la Gerente Médico, mediante el que se presenta el informe de becas y beneficios concedidos en la Institución en el período 2013-2014.

La presentación está a cargo de la licenciada Delcore Domínguez, con el apoyo de las siguientes láminas:

I) Informe Beneficios para Estudio 2013-2014.

II) Resumen Becarios 2013

Gestión de Servicios de Salud					
Gerencia	Área temática	Cantidad	Monto	Unidad Solicitante	Unidad Laboral Actual
Gerencias: Infraestructura y Médico	Curso en Mantenimiento	20	\$29.712,57	Área de Salud Usami, Área de Salud Selán Flores, Área de Salud de Portezal, Área de Salud de Desamparados, Área de Salud de Golcochea, Área de Salud de Harelda, Área de Salud San Rafael de Harelda, Área de Salud de Santo Domingo, Clínica Maridal Rodríguez Conelo, Clínica Solim Níñez Fricón, Hospital Carlos Luis Valverde Vega, Hospital Max Parrita, Hospital Nacional Polivalente, Hospital San Francisco de Icaja	Laborando en los centros de trabajo
	Curso Superior de Codigos	20	\$29.080,95	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Clínica de Aguas Zarcas, Hospital Nacional de Niños, Hospital Max Parrita, ODIPRE, Hospital Tony Facio, Área de Almacenamiento y Distribución, Hospital San Francisco de Icaja, Hospital Calderón Guardia, Área de Salud de Olajuelta, Hospital Blanco Cervantes, Hospital San Rafael de Olajuelta	Laborando en los centros de trabajo
Gerencias: Médico, Infraestructura y Logística	Maestría en Administración Servicios de Salud	10	\$ 72.900,00	Hospital San Juan de Dios, Hospital William Allen, Hospital Max Parrita Jiménez, Hospital San Francisco de Icaja, Gerencia de Logística, Hospital Nacional de Niños, Dirección Rad de Servicios de Salud, Hospital Los Chiles, Dirección Tecnologías de Información y Comunicaciones	En período de estudio
TOTAL		50	\$89.773,52		

III) Resumen Becarios 2013

Fortalecimiento Servicios de Salud					
Gerencia	Área temática	Cantidad	Monto	Unidad Solicitante	Unidad Laboral Actual
Médica	Auxiliares de Enfermería	32	\$594.823,87	Hospital Nacional de Niños, Hospital de las Mujeres, Hospital Nacional Psiquiátrico, Área de Salud Garabito, Hospital Tony Facio Castro, Hospital de Guápiles, Área de Salud de Siquirres	Laborando en los centros de trabajo
	ATAP	22	\$37.265,70	Región Chorotega, Región Pacífico Central, Región Brunca	Laborando en los centros de trabajo
	Maestría Urgencias	2	\$144.866,67	Hospital Nacional de Niños	Hospital Nacional de Niños
	Pasantía en Farmacia Oncológica	2	\$46.801,26	Hospital México	Hospital México
	Curso Medicina Basada en Evidencia Guía de Prácticas Clínicas	3	\$2.920,00	Dirección de Farmacoepidemiología	Dos regresaron a la Unidad solicitante y uno se encuentra realizando Residencia de Oftalmología en el Hospital México durante el periodo del 01/02/2014 al 31/01/2017
	Posgrado Cardiología Intervencionista y Hemodinamia	1	\$177.252,20	Hospital Calderón Guardia	Hospital Calderón Guardia
	Estancia formativa en Anestesia Cardiovascular y Torácica	1	\$8.043,93	Hospital México	Concluyó residencia de Anestesiología el 31/01/2014
	Capacitación en uso de ultrasonido	1	\$21.911,80	Área de Salud de Talamanca	En periodo de estudio
	Pasantía en Radioterapia	2	\$35.373,91	Hospital México	Hospital México
	Capacitación Prevención en Cáncer de Mama	2	\$23.250,84	Hospital de La Mujer, Área de Salud Desamparados 3	Hospital de La Mujer, Área de Salud Desamparados 3
	Capacitación Hematopatología	1	\$28.621,30	Hospital San Juan de Dios	Hospital San Juan de Dios
	Capacitación Patología Digestiva	1	\$27.916,29	Hospital San Juan de Dios	Hospital San Juan de Dios
	Maestría Dermatología y Cirugía Dermatológica	1	\$52.358,19	Área de Salud Catedral	Área de Salud Catedral
	Especialidad en Medicina y Sistema Músculo Esquelético	1	\$44.103,34	Hospital San Rafael de Alajuela	Hospital San Rafael de Alajuela
	Estancia formativa en Oncología Cabeza y Cuello	1	\$7.269,84	Hospital México	Concluyó residencia de ORL el 01/06/2014, pendiente de distribuir
	Estancia formativa Manejo del Dolor por Cáncer	1	\$4.693,15	Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidados Paliativos	Concluye residencia de Medicina Paliativa el 31/01/2015.
	Estancia formativa Cirugía Compleja de Hígado	1	\$11.269,85	Hospital México	Hospital México
Estancia formativa Trasplante de Médula Osea	1	\$10.532,34	Hospital Nacional de Niños	Hospital Nacional de Niños	
Estancia formativa en Patología Tumoral Mamaria y Ginecológica	1	\$9.433,78	Hospital San Juan de Dios	Hospital San Juan de Dios	
TOTAL		77	\$1.288.708,26		

IV) Resumen Becarios 2013

Fortalecimiento Servicios de Salud					
Gerencia	Área temática	Cantidad	Monto	Unidad Solicitante	Unidad Laboral Actual
Gerencia Médica	Auxiliares de Enfermería	16	\$434.250,26	Hospital Nacional de Niños, Hospital de las Mujeres, Área de Salud de Atenas, Área de Salud Santo Domingo	Periodo de estudio
	ATAP	14	\$61.990,60	Área de Salud de Atenas y Región Pacífico Central y Región Chorotega	Área de Salud de Atenas, Región Pacífico Central, Región Chorotega.
	ATAP	20	\$132.994,28	Región Huetar Norte y Región Brunca	En periodo de estudio.
	Sub especialidad en Córneas	1	\$37.652,42	Hospital San Juan de Dios	En periodo de estudio.
	Posgrado Odontopediatría	1	\$26.184,47	Clínica Solón Nuñez	En periodo de estudio. Área de Salud de Hatillo.
	Sub especialidad en Psiquiatría Infanto Juvenil (Salud Mental)	1	\$147.104,97	Hospital San Vicente de Paúl	En periodo de estudio.
	Estancia formativa en Cirugía Cardíaca	1	\$16.733,23	Hospital Rafael Angel Calderón Guardia	Concluye residencia en Cirugía Cardiovascular Torácica el 31/01/2015.
	Sub especialidad en Neurología Vasculosa	1	\$39.768,86	Hospital Rafael Angel Calderón Guardia	En periodo de estudio.
	Máster en Reproducción Humana Asistida	1	\$10.505,38	Hospital México	Hospital México.
	Sub especialidad en Cuidados Paliativos	1	\$78.791,58	Hospital Nacional de Niños	En periodo de estudio
	Maestría en Ortopedia Reconstructiva	1	\$58.244,79	Hospital Monseñor Sanabria	En periodo de estudio
	Entrenamiento en Microcirugía y Super Microcirugía	1	\$39.305,74	Hospital San Juan de Dios	En periodo de estudio
	Estancia formativa en Radio terapia oncológica	1	\$6.940,43	Hospital México	Concluye residencia en Radioterapia el 31/06/2014. Pendiente distribución.
	Maestría en Investigación Clínica en Oncología de Adultos	1	\$44.612,22	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos	En periodo de estudio.
	TOTAL		61	\$1.135.079,23	

V) Resumen Becarios 2013

Fortalecimiento Servicios de Salud					
Gerencia	Área temática	Cantidad	Monto	Unidad Solicitante	Unidad Laboral Actual
Gerencia Médica	Auxiliares de Enfermería	16	\$434.250,26	Hospital Nacional de Niños, Hospital de las Mujeres, Area de Salud de Atenas, Area de Salud Santo Domingo	Período de estudio
	ATAP	14	\$61.990,60	Area de Salud de Atenas y Región Pacífico Central y Región Chorotega	Area de Salud de Atenas, Región Pacífico Central, Región Chorotega.
	ATAP	20	\$132.994,28	Región Huetar Norte y Región Brunca	En período de estudio.
	Sub especialidad en Cómea	1	\$37.652,42	Hospital San Juan de Dios	En período de estudio.
	Posgrado Odontopediatría	1	\$26.184,47	Clinica Solón Nuñez	En período de estudio. Area de Salud de Hatillo.
	Sub especialidad en Psiquiatría Infanto Juvenil (Salud Mental)	1	\$147.104,97	Hospital San Vicente de Paúl	En período de estudio.
	Estancia formativa en Cirugía Cardíaca	1	\$16.733,23	Hospital Rafael Angel Calderón Guardia	Concluye residencia en Cirugía Cardiovascular Toráca el 31/01/2015.
	Sub especialidad en Neurología Vasculat	1	\$39.768,86	Hospital Rafael Angel Calderón Guardia	En período de estudio.
	Máster en Reproducción Humana Asistida	1	\$10.505,38	Hospital México	Hospital México.
	Sub especialidad en Cuidados Paliativos	1	\$78.791,58	Hospital Nacional de Niños	En período de estudio
	Maestría en Ortopedia Reconstructiva	1	\$58.244,79	Hospital Monseñor Sanabria	En período de estudio
	Entrenamiento en Microcirugía y Super Microcirugía	1	\$39.305,74	Hospital San Juan de Dios	En período de estudio
	Estancia formativa en Radio terapia oncológica	1	\$6.940,43	Hospital México	Concluye residencia en Radioterapia el 31/06/2014. Pendiente distribución.
	Maestría en Investigación Clínica en Oncología de Adultos	1	\$44.612,22	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos	En período de estudio.
TOTAL		61	\$1.135.079,23		

VI) Resumen Becarios 2013 y 2014

2013

Cantidad Total de Becarios	Monto Total	Monto Total
143	\$1.357.482,11	@742.329.528,16
TIPO DE CAMBIO BCCR 543,93		

2014

Cantidad Total de Becarios	Monto Total	Monto Total
61	\$1.135.079,20	@617.403.645,60
TIPO DE CAMBIO BCCR 543,93		

VI) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Otros beneficios concedidos por la CCSS
Período 2013-2014.

VII)



VIII) País donde se llevó a cabo las actividades 2013 (gráfico).

IX) Tipo de actividades realizadas, 2014 (gráfico).

X) Tipo de curso de asistencia, 2014 (gráfico).

XI) País donde se realizaron las actividades, 2014 (gráfico).

El Director Barrantes Muñoz señala que su observación es un reporte descriptivo que deja un poco la ausencia y la necesidad de un análisis del impacto que se produce y del cumplimiento de objetivos, de tal manera que en el recurso empleado, se pueda tener una idea de cuánto contribuye al cumplimiento de objetivos y mejoras en este oficio. Le parece que a nivel de Junta Directiva, un informe de naturaleza debe venir acompañado de un mayor enfoque desde la perspectiva del impacto producido y del cumplimiento de objetivos, además, del aprovechamiento del recurso humano.

En esa misma línea, el Director Alvarado Rivera señala que envía un aviso, en el sentido de que si no se presenta en la Junta Directiva cuáles son las necesidades de los becarios en términos del Plan Estratégico de la Institución que se van a tener en el mediano y largo plazo, no votará más becas, porque no se conoce si realmente esas son las becas que se requieren asignar, dado que son las especialidades y el personal que se requiere para cumplir los objetivos de atención a la población. Recuerda que don Mario hoy mencionó que un médico está contratado pero que no tiene el instrumental para operar o no tiene la silla para hacerlo, a ese aspecto es al que se refiere. Desea que en la Junta Directiva se analice el Plan de Formación del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), en el largo plazo. Anteriormente, había mencionado que si se va a realizar una Maestría o un Doctorado, es porque se tiene una necesidad manifiesta de capacitación de Especialistas, en el largo plazo. Manifiesta el deseo de analizar el cuadro de necesidades para tomar decisiones sobre la aprobación de las becas, con el fin de determinar, si realmente están incluidas en un Programa de Necesidades, la formación de esta naturaleza; por ejemplo, si fuera el caso de votar las becas, le gustaría que se presentara en forma segregada. Está claro sobre el tema de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAPS), es el tema prioritario porque es para prevenir que las personas no ingresen al sistema. En cuanto al tema de las Especialidades que son las más costosas, es un tema que si no

está inserto en el Programa de Necesidades de la Institución, no votará las solicitudes de esas becas, repite. Para aprobar una beca, la solicitud debe ser acompañada de un proceso de selección de personal, tener definido el instrumental y el equipo, entre otros; por qué especializar a un médico y no se cuenta con el instrumental para operar. Por ejemplo, no es lo mismo tener un Cardiólogo para adultos que uno para Neonatos, por cuanto se requiere instrumental especial para operaciones de niños. Aspectos de esa naturaleza tienen que estar bien definidos para que las becas funcionen y se haga un uso racional de los recursos de la Institución. Solicita que en el corto plazo, se proyecte y se presente un Programa de Necesidades Institucionales, de lo contrario, si se presenta para aprobación la asignación de becas, las rechazará.

La señora Presidenta Ejecutiva recuerda que este informe se solicitó, precisamente, sobre las becas otorgadas, en qué áreas, por ejemplo, incluir información sobre los montos y, probablemente, no se tiene todo el detalle que se requiere. Lo que se quería era dar información de lo que se ha aprobado en el año 2014. Informa que la vez pasada se reunieron para analizar el tema de planificación, le parece que es el tema que plantea don Renato. Sería importante que a raíz de esta información, agregar en qué medida se otorgan las becas, de manera que se indique si estaba contemplada la Especialidad, si existió planificación, si se ha desviado o no, para que no quede la sensación de que se están aprobando capacitaciones por un lado, pero no se conoce si responden a las necesidades o a la planificación. Le parece que este es un tema muy importante para ser revisado a fondo y considera que se debería agendar como tema significativo, para que se analice en las mañanas de la sesión. Aclara que hoy no es posible, dado que la agenda está muy complicada, pero reconoce que es un tema al que se le debería dedicar unas horas con el tema de las becas y de la parte de la planificación, los Especialistas, y otros, que sea de aprendizaje, de intercambio y de conocer bien el detalle y que les traiga tranquilidad a los Miembros de la Junta Directiva, de cómo se está realizando el proceso.

El Director Devandas Brenes recuerda que insistió en este tema y, además, de vincular las becas a una necesidad institucional y a una planificación institucional, le interesa mucho el método de selección de los becarios. Consulta cuál es el método de selección para asignar una beca.

Sobre el particular, la licenciada Loredana Delcore señala que los comentarios de don Renato y don Mario son fundamentales. El tema de la evaluación del impacto que se produce es un tema pendiente en la Institución, efectivamente, hay que trabajar en ese sentido. El CENDEISSS podría pretender abarcar esa área, sin embargo, las condiciones actuales de los recursos disponibles a nivel de recurso humano son paupérrimas. Es un tema que requiere personal capacitado y entrenado, los que conocen del tema de la evaluación del impacto que produce, determinan que se debe iniciar desde la planificación, porque ahí se miden los elementos del impacto. En cuanto al detalle de las necesidades, existe un resumen que no tiene variables, ni seguimiento, pero son las variables que solicitó la Junta Directiva, de manera que se elaboraron y se determinó que cada uno de estos becarios tenían una justificación y en una gran mayoría, se visualiza que muchos de ellos están en un diagnóstico. No existe un único plan, se podría trabajar para lograrlo, lo que existe a nivel de la Normativa del Reglamento de Becas y de la Rectoría, que ha tratado de hacer el CENDEISSS en la Institución en diagnósticos, dado que los diagnósticos se elaboran en los Centros Hospitalarios, según sus necesidades y con la metodología que el CENDEISSS entregó, así el CENDEISSS los revisa y los avale. Existen diagnósticos de toda categoría o calidad, unos se centran en necesidades de Power Point, no ayudan al proceso estratégico de la planificación del desarrollo del recurso humano. El CENDEISSS considera que pudo haber sido un problema de eficiencia en la metodología o de no

tener un adecuado acompañamiento con los encargados de cada Red y de cada Centro, de manera que es el programa de capacitación que se tiene. Por ejemplo, el CENDEISSS recibe una solicitud de una Emergencióloga del Hospital San Juan de Dios, de manera que se revisa el Diagnóstico del Hospital que está en el Área de Planificación y no está esa necesidad, pero es un Diagnóstico que está vigente, porque el Hospital lo realiza y señalan que se justifica como una necesidad, porque no se visualiza en el diagnóstico. El CENDEISSS realiza una labor de búsqueda a nivel de asesoría de expertos, y ese es un tema que el Dr. Juan Carlos Esquivel Sánchez, podría ampliar con el fin de fortalecer los mecanismos de la metodología que se va a aplicar para este proceso, porque están débiles en esa metodología y como Institución no se logra definir cuál es la metodología para identificar las necesidades a nivel Institucional. Esa es la realidad en términos de planificación. Existen buenos diagnósticos, como ejemplo, el Diagnóstico del Proyecto de Fortalecimiento de Cáncer está actualizando, y otros que no sirven como instrumentos de trabajo para poder justificar bajo una línea de planificación los beneficios que se solicitan. Aclara que el proceso de selección es otro tema que ocupa a la Junta Directiva, porque el Reglamento de Beneficios para Estudio, en su artículo 52° señala lo siguiente: las jefaturas de los Centros de Trabajo de la Caja, tienen la responsabilidad de hacer la selección de los mejores candidatos con la coordinación y aval del CENDEISSS, de acuerdo con las necesidades de capacitación y formación, se exceptúan del proceso de selección el beneficiario que fue seleccionado por representantes, organismos nacionales o internacionales que otorguen el beneficio de estudio, siempre que respondan tanto a las necesidades de capacitación como a la formación priorizadas por la Institución. Ante estas excepciones la Caja se reserva la potestad de apoyar o no los beneficios de acuerdo con sus planes y necesidades. En el caso de concursos a nivel nacional, el Comité de Beneficios para Estudio del CENDEISSS o los Centros de Trabajo serán los responsables de seleccionar los candidatos según corresponda. Además, todo solicitante de beneficios debe contar con la anuencia de su jefatura inmediata quién para emitir un criterio, considerará las necesidades y prioridades del desarrollo de su personal, posibilidades de sustitución, disponibilidad de tecnología y cualquier otra condición indispensable para el aprovechamiento de nuevos conocimientos. Ante este Reglamento el CENDEISSS se apega y en su formulario de beneficios para Estudios; que está disponible en la página Web para los funcionarios de la Caja, se le solicita expresamente cumplir con el proceso de selección. Por otro lado, en el CENDEISSS la selección surge, especialmente, por una variable de desempeño, entonces se requiere formar un Cardiólogo en alguna subespecialidad, la jefatura si tiene tres que están interesados, promueve un concurso con las variables que el Reglamento, inclusive, lo perfilan, no es que sean las únicas, pero se les dan variables, perfil, experiencia, años de experiencia a fin con el proceso de formación o capacitación, funciones que desempeña, calidad del programa de estudio, entre otros aspectos. El CENDEISSS establece los lineamientos por seguir para los Centros de Trabajo que tienen que realizar la tarea de la selección, pero en ocasiones en los esos procesos, se indica en los documentos que se reciben, que no se realizó un proceso de selección porque había un único candidato y justifican ese candidato por considerar que es la persona que va a sustituir, por ejemplo, al que se va a retirar de la Institución. Por otra parte, en el expediente de cada uno de los profesionales que se forma en el CENDEISSS, tienen un documento donde se indica quien fue el mejor candidato, porque obtuvo tal nota o no había un concurso por determinadas razones, aspecto que el Reglamento lo permite, que se haga una excepción y se justifique. No significa estar satisfechos, considera que se deben realizar mejoras también, en el sentido de que puedan concursar desde la perspectiva de las competencias del CENDEISSS y acompañar de cerca estos procesos y dar mejor metodología, para que la selección abarque todos los elementos que requiere, porque no son elementos únicamente cuantitativos, en el sentido de que tenga años de experiencia o de una proyección laboral, que no

le dé una especialidad muy costosa a alguien que está a punto, ejemplo a ocho años, de salir de la vida laboral. Esos aspectos se contemplan pero existen temas cualitativos que solo el desempeño es directo en el servicio, lo puede casi que refrendar o certificar su Jefatura y su Dirección.

El doctor Esquivel Sánchez se refiere a que las metodologías no han sido las correctas. Se han realizado Diagnósticos de Necesidades, quizá no un Plan Institucional como el señor Miembro de Junta Directiva se refería, pero justamente hoy han hecho la modificación del Plan Anual Operativo (PAO), con el Área de Planificación del CENDEISS para que en el segundo semestre del año 2014 y el año 2015, trabajen bajo un plan institucional de capacitación y formación. Es la visión que tiene orientación, aun así son claros en que la metodología ha sido deficiente. Menciona que en unos minutos se referirán a un caso sobre las metodologías pero que si están trabajando, a veces con dificultad porque el personal con que cuenta es de dos funcionarios a cargo y se dificulta el trabajo, pero hacen esfuerzos y trabajan bajo esta observación del Plan Institucional.

La señora Presidenta indica que en este caso corresponde dar por conocido y recibo el informe, no requiere ningún otro acuerdo.

El Director Loría indica que este tema es un tema estratégico, al que se le debería dedicar mucho tiempo por parte de la Junta Directiva.

Finalmente, se da por recibido y conocido el informe en referencia.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Orlando Urroz Torres, Director a.i., y la doctora Olga Arguedas Arguedas, Subdirectora del Hospital Nacional de Niños.

ARTICULO 14°

Se presenta el oficio número GM-SJD-5495-2014, de fecha 31 de julio del año 2014, que firma la Gerente Médico, que contiene la propuesta de necesidades de Cooperación Internacional para el Programa de Cirugía Cardíaca Pediátrica.

La presentación está a cargo del doctor Urroz Torres y de la doctora Arguedas Arguedas, para lo cual se apoyan en las siguientes láminas:

- I. Cooperación Internacional para
Programa de Cirugía Cardíaca Pediátrica
Hospital Nacional de Niños.
Caja Costarricense del Seguro Social.
Agosto 2014

II.

Introducción: A. Panorama Mundial



- Cada año nacen en el mundo 1.000.000 con cardiopatía congénita
- 90% de RN con cardiopatía congénita no tienen acceso a cuidado médico apropiado
- El progreso en el manejo de los niños con cardiopatías congénitas se ha restringido a los países desarrollados.
- Número limitado de expertos. Gran heterogeneidad de defectos.

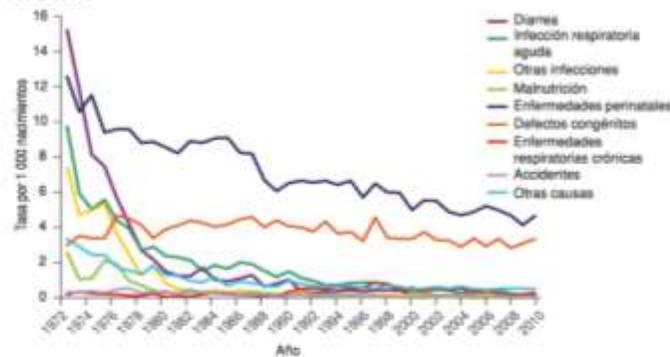
Reporte Anual Children HeartLink.
http://www.childrenheartlink.org/media/194658_2012AnnualReport_B_Ir.pdf

III.

B. Panorama Nacional



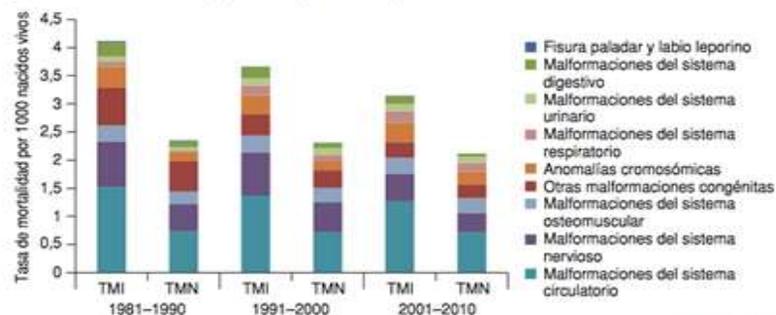
FIGURA 1. Tendencia y distribución de la mortalidad infantil, por tipo de causa, en Costa Rica 1972-2010



Barboza-Anguello MP, Benavides-Lara A, Umaña L, Vargas-Leitón B. Mortalidad infantil por defectos congénitos en Costa Rica, 1981-2010. Rev Panam Salud Pública. 2013;34(5):304-11.

IV.

FIGURA 4. Mortalidad infantil por defectos congénitos según grupo de malformaciones, edad (menor de 1 año/neonatal) y década, Costa Rica, 1981-2010



TMI: tasa de mortalidad infantil, TMN: tasa de mortalidad neonatal

Barboza-Anguello MP, Benavides-Lara A, Umaña L, Vargas-Leitón B. Mortalidad infantil por defectos congénitos en Costa Rica, 1981-2010. Rev Panam Salud Pública. 2013;34(5):304-11.

CARDIOPATÍAS CONGENITAS: PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA

Cada año nacen alrededor de 500 niños con Cardiopatías Congénitas (CC).



V.



C. Panorama Institucional



- En Costa Rica, cada año nacen 500 niños con cardiopatías congénitas.
- HNN: oferta única para corrección
- 30% de las CC requieren cirugía en el primer año de vida
- 15 % de las CC requieren cirugía neonatal de emergencia.
- 126 pacientes en lista de espera quirúrgica por cardiopatías congénitas (a Dic 2013).
- 167 pacientes en lista de espera para procedimientos de cardiología intervencional (a Dic 2013)

VI.



C. Panorama Institucional



- Resultados aún no comparables con países desarrollados.
- Gran exposición mediática del tema.
- Limitado número de cirujanos pediátricos de corazón con experiencia (cirujanos senior)

VII.

Programa de cirugía cardiaca HNN

Situación actual



- Desde el 2010: Dos unidades de cuidado crítico separadas (Pediátrica (UCI) y Cardíaca, denominada Unidad Cardíaca (UC)).
- Mejoría de la sobrevivida a 30 días post cirugía.
- Incremento en la producción quirúrgica

VIII.

Número total de pacientes* y porcentaje anual de mortalidad a 30 días postoperatorios en pacientes pediátricos sometidos a cirugías cardíacas en el Hospital Nacional de Niños, según año de la cirugía 2007- 2013

Año	Pacientes	Fallecidos	% Mortalidad
Total	1062	169	15.9
2007	203	42	20.7
2008	187	24	12.8
2009	172	32	18.6
2010	166	31	18.7
2011	136	17	12.5
2012	193	23	11.9
2013	220	16	7.3

Fuente: Unidad de Investigación y Análisis, Registros y Estadísticas de Salud

* Durante los años comprendidos entre 2007-2010, los números de la segunda columna Pueden corresponder a número de intervenciones y no número de pacientes

IX.

Programa de Cirugía Cardíaca Pediátrica Situación actual Dificultades

- Intensivistas para cuidado post-operatorio
- Area física
- Complicaciones
- Estancia hospitalaria
- Lista de espera
- Clima organizacional
- Abordaje mediático

X.



XI.

Modelo intermedio de transición



XII.

Objetivo 1. Propuesta de Cooperación Instituto Pediátrico del Corazón Hospital de Niños de Colorado



- El Hospital de Niños de Colorado (CHCO) ha sido ranqueado entre los 10 mejores hospitales pediátricos estadounidenses.
- 2014 PRC National Excellence in Healthcare Award (5-star Overall Quality of Care)
- 500 camas: 100 de cuidado intensivo
- Programa de diagnóstico y manejo de cardiopatías congénitas está centralizado en el IC, del cual el Dr. Eduardo da Cruz, es el jefe.
- 480 cirugías cardíacas, y 800 procedimientos de cardiología diagnóstica e intervencional por año. Mortalidad quirúrgica cercana de 1.2%, y mortalidad global de 2.2%

XIII.

Propuesta de Cooperación. Instituto Pediátrico del Corazón Hospital de Niños de Colorado

- **OBJETIVO:** Implementar un proyecto de mejora en la calidad, seguridad y eficiencia clínica de la atención de los niños con cardiopatías congénitas en Costa Rica, que permita transformar el actual programa de cardiopediatría y cirugía cardíaca pediátrica del HNN en un esfuerzo integral, interdisciplinario, mediante la asesoría oficial del IC del CHCO por un período de 5 años.



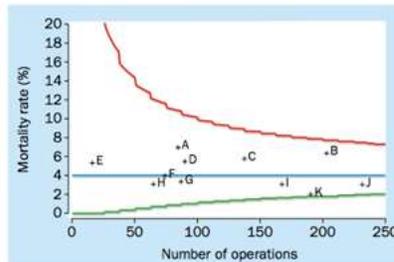
XIV.

Propuesta de Cooperación.
 Instituto Pediátrico del Corazón
 Hospital de Niños de Colorado



XV.

Objetivo 2:
 Plan de sucesión para cirujano de experiencia (senior)



Mortality rates (95% CI) against volume

Mortality rates after surgery for congenital heart defects in children and surgeons' performance

Don, E. et al. Congenital Heart Disease, 2010, 11, 1, 1-10

La tasa de mortalidad disminuye entre más operaciones realice el cirujano

XVI.

Copyright © 2005 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

Original Article

Membership, learning curves, and balance

Harald L. Lindberg, MD, PhD, et al.

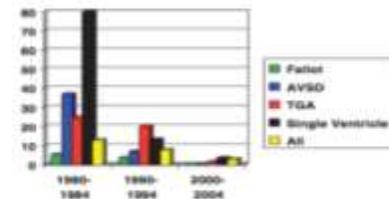


Figure 4. This figure documents the senior institutional learning curve for Harald L. Lindberg, MD, PhD at Rikshospitalet of the University of Oslo in Norway. This graph documents operative mortality for patients undergoing surgery for tetralogy of Fallot (TGA), atrioventricular septal defect (AVSD), transposition (TGA), and functionally univentricular heart (single ventricle) in the first 4 years of the three consecutive decades of the 1980s, 1990s, and the current decade.

A más tiempo de experiencia menor mortalidad,
 los resultados quirúrgicos son heterogéneos según procedimiento para un mismo cirujano

XVII.

Grupo actual de cirujanos de corazón HNN

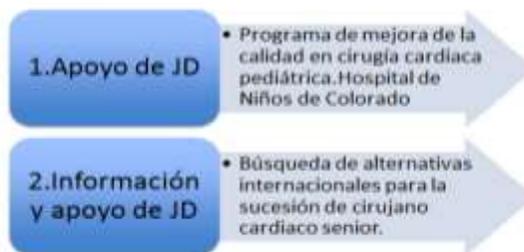
Cirujano	Años de experiencia	Sitio de formación
GMB	30	USA
MVS	12	USA
JBG	2	USA
MCV	2	Francia



Suficiente en términos numéricos, alto riesgo de problemas en sucesión con cirujanos de mayor experiencia

XVIII.

Objetivo de la presentación



XIX.

Recomendación y propuesta acuerdo

La Gerencia Médica una vez realizada la presentación sobre la propuesta para el proyecto de cooperación internacional para el Programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños, recomienda a la Junta Directiva:

1. Aprobar la propuesta presentada por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-5495-2014 de fecha 04 de agosto del 2014, sobre el proyecto de cooperación internacional para el Programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños.

2. Autorizar la visita inicial del Dr. Eduardo da Cruz, Jefe del Programa de Cuidado Crítico Cardíaco y Director de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos (CICU) y de la hospitalización en Cardiología Pediátrica (CPCU) del Instituto del Corazón (IC) del Children's Hospital Colorado (CHCO), para setiembre del 2014.

3. Autorizar a la Gerencia Médica para que a través de la Organización Panamericana de la Salud explore la viabilidad para la gestión de contratación de un cirujano experto.

XX.



El camino que sigue..... una Política Nacional para la Prevención y Abordaje de Cardiopatías Congénitas

El doctor Urroz Torres anota que en la presentación no se abordarán temas complejos, sino uno específico para impulsar y aprovechar un aspecto, que aunque es una debilidad, puede convertirse en una oportunidad, dependiendo del escenario y las opciones que se tengan. Espera que las condiciones se modifiquen y considera que se tiene una buena perspectiva desde el punto de vista de que esta oportunidad, por ejemplo, es como un reloj que tiene que armonizarse, juntarse y aliarse para que dé la hora. Además, anota que la doctora Olga Arguedas, quien apoya la Subdirección del Hospital, participará en la presentación.

Interviene la Dra. Arguedas y da las gracias por la oportunidad que se le está brindando de exponer ante los Miembros de la Junta Directiva. En cuanto al tema de Cardiopatías Congénitas en Costa Rica señala que es un problema complejo. Como panorama a nivel mundial se tiene que las Cardiopatías Congénitas en el mundo son cada vez más frecuentes, por ejemplo, cada año en el globo terráqueo nace un millón de niños con defectos en el corazón y el 90% de ellos, no tienen acceso a un cuidado médico apropiado. El progreso en el manejo de las Cardiopatías Congénitas ha sido notable, hace treinta años a la mayoría de los niños que nacían con enfermedades de esa naturaleza, no se les brindaba un diagnóstico y morían; este panorama ha cambiado, para el año 2014. Sin embargo, los progresos más notables y la sobrevida más importante se siguen concentrando en los países desarrollados. Existen limitaciones a nivel mundial en el tema, el número de expertos en cirugías de corazón con experiencia para reparar a la cardiopatía congénita, es muy limitado. Por otro lado, anatómicamente existen, aproximadamente, ciento cuarenta distintos defectos que se deben reparar, de manera que es difícil para un Cirujano hacerse experto en esa variedad anatómica existente. Dentro de ese panorama, los países desarrollados buscan tratar de mejorar la sobrevida de los pacientes con esa enfermedad y mejorar calidad de los servicios. Por otro lado, el reto que tienen los países en vías de desarrollo, cuando abordan el tema de cardiopatías congénitas, es el tener acceso a programas de cirugía cardíaca. En Costa Rica, como sociedad transicional, se tiene un reto intermedio, tienen acceso al programa pero tienen la obligación de mejorar su la calidad. En el año 1964, cuando el Hospital Nacional de Niños inició su trabajo, la mortalidad infantil en Costa Rica era de setenta y cinco niños por cada mil nacidos vivos. En el año 2013, los datos de mortalidad

infantil son de 8,7% niños por cada mil nacidos vivos, es decir, que han tenido grandes progresos en cinco décadas. Los niños en Costa Rica en la década de los años 70s se morían de patologías que eran relativamente de bajo costo “de abordar”, se morían de diarrea, de mal nutrición, de otras enfermedades infecciosas y carenciales. Este panorama viró radicalmente y si se posesionan en el nuevo siglo, se tiene una tasa de mortalidad infantil muy buena comparable con la de los países desarrollados, pero al analizar las causas de mortalidad infantil, se determina que los niños no se mueren de esas enfermedades sencillas, se mueren de enfermedades complicadas, de afecciones relacionadas con el período perinatal por la patología mal formativa, que es la segunda causa de muerte en niños menores de un año. Destaca que en Costa Rica, la mayoría de los niños mueren por malformaciones congénitas de corazón y en términos porcentuales es, aproximadamente, un 40% la carga de enfermedad que aportan las malformaciones del sistema circulatorio. Son cifras muy claras y contundentes que permiten indicar que las cardiopatías congénitas en Costa Rica, son un problema de salud pública.

Interviene el Dr. Urroz y señala que el panorama en la Institución es que en Costa Rica cada año nacen quinientos niños con cardiopatías congénitas, el Hospital Nacional de Niños es la única oferta en el país para patologías de esa naturaleza. El 30% requieren cirugías en el primer año de vida y el 15% de las cardiopatías requieren cirugía en el período menor a los 30 días de nacidos en características de emergencia. La resolución de estos dos aspectos hace que las listas de espera al mes de diciembre del año 2013, estén en alrededor de ciento veintiséis pacientes y ciento sesenta y siete pacientes de Cardiología Intervencional. Manifiesta su preocupación, dado que al Hospital ingresan diez pacientes semanales, de los cuales cinco pacientes deben ser intervenidos quirúrgicamente, por lo que dentro de esta condición, siempre se van a tener listas de espera, producto de un limitado número de Cirujanos Pediátricos de Corazón. Recuerda que en el año 2010, ante esta situación se decidió dividir un espacio en la Unidad de Cuidados Intensivos y se denominó Unidad Cardíaca y los resultados fueron positivos, en términos de que se produjo una mejora de sobrevivida en días por cirugía y la producción se duplicó a doscientos veinte pacientes.

Continúa la doctora Arguedas y agrega que antes de la década de los años 80s, la mayor parte de los niños que nacían con cardiopatías congénitas se morían sin un diagnóstico, después de esa década, con el advenimiento de las tecnologías, el eco dimensional y la llegada de cirujanos de corazón, la mortalidad cardíaca empieza a descender, todavía con cifras no comparables con la de los países desarrollados. En ese tiempo se tenían mortalidades por Cirugía Cardíaca, entre un 30% y 35% y a lo largo del tiempo se dio un registro de mejoras. Al inicio del nuevo siglo, las mortalidades estaban entre el 15% y el 20%. En el año 2011, se creó la Unidad Cardíaca y se modifica la modalidad de trabajo del equipo quirúrgico que aborda los temas de corazón y se determinan algunos efectos positivos, en el sentido de que se produce un descenso de la mortalidad, a treinta días por cirugía que para el año 2013 está en un 7.3%. El otro efecto positivo que se muestra, es un incremento de la producción, explicado por el hecho de que existe un área física destinada a la recuperación de los niños después del procedimiento quirúrgico. Sin embargo, se continúa teniendo problemas y las dificultades se generan porque en esta dicotomía de dos Unidades de Cuidado Crítico, no alcanzan los intensivistas para cubrir, apropiadamente, las dos zonas. Aclara que el área física que se destinó para la citada Unidad es un área limitada, dado que se generó producto de una existente. Al existir un área limitada, la proximidad entre las camas de los pacientes, entre las áreas de bodegaje, y otros, aumenta la probabilidad de complicaciones que, como consecuencia, alargan la estancia hospitalaria y al ser más largas, produce impacto negativo en las listas de espera, porque no tienen espacio para recibir niños

nuevos. Todo el complejo de situaciones afecta de manera negativa y el clima organizacional con discrepancias, entre ambas Unidades de Cuidado Crítico.

Por su lado, continúa el Dr. Urroz y anota que están en una situación en la cual se tienen que tomar decisiones basadas en evidencias, en donde se debe fortalecer el modelo actual como bien funcional, o se reorganiza una única área crítica, ambas posiciones tienen fortalezas y debilidades. Por ejemplo, si se continúa con el modelo actual, se tienen una serie de aspectos desde el punto de vista de desventajas, a veces de continuidad de la Cirugía Cardíaca de los Cirujanos; sin embargo, la sostenibilidad financiera desde el punto de vista de la utilización intensivista y de recursos, muy posiblemente, sea más atractiva la segunda opción. La situación actual de la Unidad Cardíaca separada por una línea en función de la Unidad de Cuidados Intensivos para pacientes críticos, ha generado las situaciones de dificultades referidas por la Dra. Arguedas. El otro escenario, es el área común de Cuidado Crítico, para utilizar todos los recursos que se tienen aunque no tienen suficientes intensivistas y se tiene que dar la atención. Para cualquiera de los dos escenarios, es necesario tener un estudio y actualmente se adolece de él, se trata de un Estudio de Rediseño Organizacional a mediano plazo, a seis meses, con la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y la Dirección de Desarrollo Organizacional. Aunque el estudio se inició tiene que tener un insumo importante de medicina de primer mundo, significa, personas y equipos, como ilustración, de la Universidad de Colorado, de la Universidad de Virginia que han estado en el Hospital, con algunas diferencias de país desarrollado y país con suficientes recursos económicos. Se tiene que tener cautela en la utilización de los recursos financieros que se tienen disponibles y el hecho de tener un Plan de Mejora de la Calidad de Atención con personas que tienen el “expertice”, la separación de la Unidad Cardíaca y Cuidados Intensivos, en apariencia, es una situación técnicamente viable y necesaria. En Costa Rica se tiene que adaptar y adoptar las situaciones que en otras latitudes se hacen, pero en Costa Rica se tienen que adaptar a las condiciones reales del Hospital Nacional de Niños. Indica que el otro escenario es la búsqueda de la sucesión de un Cirujano Senior, que posteriormente, se analizará.

La Dra. Arguedas continúa y apunta que de esta perspectiva, para determinar cómo se podría resolver la situación con recursos locales, con un régimen solidario como el que se tiene y hacer lo mejor por lo niños costarricenses que tienen cardiopatías congénitas, se necesita valorar cuáles son las opciones existentes. Sin embargo, a nivel nacional no se tiene otro Centro Hospitalario con una oferta similar, dado que es única para este tema. Las cardiopatías congénitas en los adultos, fueron resueltas en pequeños porcentajes y por esta razón se dieron a la tarea de buscar alguna opción internacional, que permitiera realizar una técnica de benchmarking para conocer qué se podía hacer para mejorar. En la búsqueda se encontró una buena opción que realizó el Instituto Pediátrico de Corazón del Hospital de Niños de Colorado. En primer lugar, el Hospital ha sido “ranqueado” entre los diez mejores Hospitales Pediátricos de los Estados Unidos, en el año 2014, ganó el Premio Nacional Estadunidense por Calidad de la Atención; tiene un gran desarrollo en el Área de Cuidados Intensivos, cuenta con 500 camas, 100 de las cuales son dedicadas a Cuidados Intensivos, 25 de ellas a Cuidado Crítico Cardíaco y tiene un programa muy extenso de diagnóstico y manejo de cardiopatías congénitas. Este programa está centralizado en el Instituto de Corazón, dirigido por el doctor Eduardo Da Cruz y, destaca que su nacionalidad es costarricense. Estudió Medicina en la Universidad de Costa Rica, hizo su posgrado en Pediatría en el Hospital Nacional de Niños, después se trasladó a Europa para su formación, es un hombre muy brillante, trabajó en París, Francia, en Portugal, en Suiza, en el Reino Unido y, luego, trabaja en los Estados Unidos desde hace aproximadamente siete años. El

doctor Da Cruz se siente costarricense y tiene una motivación particular para colaborar con este propósito. El desempeño quirúrgico de sitio es significativo, realizan cuatrocientas ochenta cirugías cardíacas al año, de todos los niveles de complejidad, incluido, trasplante de corazón. Hacen ochocientos procedimientos de cardiología intervencional por año, tienen una mortalidad cercana al 1.2%. Con el proyecto de mejora que se busca implementar en el Hospital Nacional de Niños, se pretende elevar la calidad de la seguridad y la eficiencia clínica de los niños que se atienden en ese Hospital, como cardiopatías congénitas; de manera que sean integrados los aportes del Servicio de Cardiología con la Unidad de Cuidados Intensivos y con el equipo quirúrgico, en un proceso a más largo plazo con una asesoría constante y periódica del Instituto del Corazón de Colorado, que se visualiza, aproximadamente, en un período de cinco años. Aclara que no se puede excluir la importancia que siguen teniendo en el Hospital las misiones humanitarias, porque ayudan en el abordaje de cardiopatías muy complejas. El Grupo Heart Trust desde hace un par de años, viene a Costa Rica a realizar misiones humanitarias, sin embargo, ayudas de esa naturaleza son una opción y para un momento. La idea es hacer mejoras en el sustrato local e ir elevando la calidad progresivamente y es la propuesta que hace el Hospital de Niños de Colorado, no es excluyente de lo anterior, al contrario, es enérgico y pretende que en un período de siete años, se logre tener un incremento medible de la calidad y de la eficacia del Programa de Cirugía Cardíaca de Congénitos que se tienen en la actualidad. Enfatiza en que la propuesta va dirigida en el sentido de la importancia urgente y prioritaria para buscar opciones para un Cirujano de Experiencia, que se incorpore en el actual equipo de Cirugía Cardíaca de Congénitos. El cirujano de experiencia se define como el cirujano que ha tenido por lo menos quince a veinte años de estar en el tema de la Artesanía de preparar corazones pequeños. Por ejemplo, en el Hospital Nacional de Niños se tiene un primer cirujano con treinta años de experiencia, fue formado en los Estados Unidos. Cree que se ha hecho grandes aportes a la Cirugía Cardíaca en el Hospital, sin embargo, es una persona que está en edad de pensión y considera que en el corto plazo, no va a formar parte del sistema. Se tiene un segundo cirujano que tiene doce años de experiencia, sin embargo, es un cirujano de adultos, no tiene destrezas específicas para abordar como líder del equipo quirúrgico las cardiopatías congénitas pediátricas y, además, tiene otra condición porque es una persona de edad próxima a jubilarse. Se cuenta con dos Cirujanos más jóvenes formados con recursos de la Caja, uno que se capacitó en Dallas, Estados Unidos y otra, en Marsella, Francia, son personas muy prometedoras pero que son Juniors todavía, dado que tienen dos años de experiencia.

El Dr. Urroz señala que el objetivo de la presentación es solicitar el apoyo de la Junta Directiva, para el programa de mejora de la calidad en Cirugía Cardíaca Pediátrica con el Hospital de Niños de Colorado, lo que permitiría tener sostenibilidad a largo plazo, con una evolución permanente del equipo quirúrgico y de Enfermeras, de Anestesiólogos y personas con una identidad para el equipo del HNN en Costa Rica con el doctor Da Cruz. Se tiene proyectado que la primera semana de setiembre, se logre traerlo al país para que realice ese diagnóstico organizacional y un plan de acción que se estaría compartiendo con las autoridades de la Institución. Por otro lado, que se permita una búsqueda de opciones internacionales para la sucesión del cirujano cardíaco Senior. Hace hincapié en que se está en una posición extraordinaria, porque este enlace que se tiene en la Junta Directiva, en la Presidencia Ejecutiva, en la Gerencia Médica y en el Ministerio de Salud, existe una armonización absoluta y siente que hacia esa línea se puede ir. Considera que este tema puede ser una oportunidad y agradece a los Miembros de Junta Directiva el espacio que les permitió para exponer la iniciativa.

Interviene la Gerente Médico y señala que la propuesta de acuerdo, es en el sentido de que se autorice realizar las gestiones de la visita inicial del doctor Eduardo Da Cruz, por medio del CENDEISSS. El Dr. Da Cruz está cobrando solo el tiquete de ida y de vuelta a Costa Rica. Por otro lado, se explore la posibilidad de coordinar con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como con el Colegio de Médico el permiso para su venida y se valore el costo. En este momento, lo que se está solicitando es la autorización para gestionar lo correspondientes.

El Director Devandas Brenes apoya la iniciativa y agradece la exposición realizada.

El Director Fallas Camacho recuerda que en la Junta Directiva pasada se le prestó prioridad al problema, inclusive, se le brindó apoyo incondicional dentro de la crisis financiera de la Institución. La propuesta le parece que es una oportunidad para direccionar el tema en cuanto a calidad y en principio, por responsabilidad, estaría de acuerdo en que el doctor Da Cruz, visite el Hospital Nacional de Niños. Le parece que el Proyecto requiere recursos humanos y equipo que se debe preparar. Estima difícil que la OPS pueda financiar proyectos de esa naturaleza, a pesar de que desde su punto de vista es fundamental. Le parece que la enseñanza que estos profesionales les dejen a los funcionarios de la Institución, permitirá, además, fortalecer las unidades periféricas, como ejemplo, Heredia, Alajuela, Cartago, Pérez Zeledón y Limón, es un compromiso que siempre se menciona. Está de acuerdo con la propuesta.

En relación con el programa de cooperación, el Auditor señala que la Institución debe darle una solución al problema que se presenta con la Unidad de Cirugía Cardíaca. Considera que se debe elaborar un Plan de Trabajo y el Programa de Cooperación, no debe dirigirse a que solo sea la visita de un experto, sino que coadyuve en definir cuál es la estructura orgánica y funcional de esta Unidad, cuáles son los procesos, cuáles son los subprocesos y cuál debe ser la formación de los especialistas médicos. Le parece que debe recibir toda la ayuda necesaria, en este sentido, de las enfermeras, del personal de apoyo. Por otra parte, le parece que se debe definir cuáles son los recursos necesarios que se deberían disponer ante la demanda, cuál debería de ser la solución en cuanto a Infraestructura, qué debe tener la Unidad en cuanto a equipo médico, lo que representará para la Institución recursos presupuestarios adicionales.

El Director Loría Chaves señala que le satisface esta propuesta porque la problemática en este tema ha sido de gran preocupación para la Junta Directiva, como ejemplo, la expresión mediática en la prensa y la manipulación de aspectos sensible con los niños, fue un asunto delicado. Elogia la humildad con que el Dr. Urroz reconoce que existen debilidades en el Hospital, porque es el principio para resolver los grandes problemas. Apoya el programa y considera que existen aspectos importantes por resolver. Le parece importante se fortalezcan los centros de salud con el recurso humano indispensable y con el “expertice” necesario. Tiene entendido que el doctor da Cruz ha realizado intervenciones con mucho éxito, en países desarrollados que han tenido un problema de esa naturaleza. Le parece que se deben establecer retos en el sentido de que la gestión debe ser realizada para alcanzar el éxito, sobre todo en un tema de esta naturaleza.

La Directora Soto Hernández manifiesta su satisfacción porque la propuesta está a cargo de una persona que es un gran colaborador de la Institución. Lo mencionó en el transcurso de la sesión, dado que el Dr. Urroz Torres manejaba muy bien la calidad de los servicios. Indica que los proyectos que gestiona son exitosos en cualquier campo. Reitera su satisfacción y felicita al Dr. Urroz y a la Dra. Arguedas por la excelente presentación.

La Directora Alfaro Murillo, aprovechando que la Dra. Arquedas y el Dr. Urroz realizaron una excelente presentación, utiliza este ejemplo para referirse a lo que se ha estado indicando sobre los procesos formativos dentro de los Centros Hospitalarios. Cuando realizan una presentación de esta naturaleza y la hacen muy didáctica, se entiende muy bien, como ilustración, existen cuatro especialistas, se rompió la cadena porque había uno que sufrió una situación particular, hay dos jóvenes, hay dos más maduros, es una prioridad, es parte del perfil de enfermedades que existen y son importantes. Anota que esa es la forma como le gustaría que se presenten los temas en esta Junta Directiva, por ejemplo, las becas y los estudios. Entendió el tema. Apoyará la iniciativa porque quedó claro el asunto. El problema es que en la tramitación de otros procesos, no se conoce si el Especialista está dentro de las áreas de prioridad, cómo fueron determinadas esas áreas de prioridad, en medio de toda esa confusión don Renato indicó hace una hora, que no vuelve a votar si el tema no se presenta claro. Reitera que utiliza el ejemplo de esta presentación como ejemplo didáctico, así es como la Junta Directiva necesita que se le presenten los temas, porque todos los Miembros de la Junta Directiva quedaron convencidos. Considera que el Dr. Urroz y la Dra. Arguedas realizaron la labor de promover el concepto, la idea y lo lograron fácilmente. Menciona que apuntó y aprendió mucho de lo que indicó la doctora Arguedas, porque además como Miembro de esta Junta Directiva, necesita saber que nace un millón de niños al año, el problema radica en que el 9% de los niños no tienen un cuidado apropiado. Aclara que para que se tome una decisión tiene que existir las justificaciones del caso, porque producen impacto en la estructura financiera de la Institución y van a requerir, no este pequeño apoyo de ahora, si no que el proyecto requerirá mayor apoyo en el desarrollo. Anota que en este momento puede tomar esa decisión consciente de la situación, producto de una excelente presentación. Solicita que quede constando en actas que así le gustaría que se presentara el Plan de Capacitación, en relación con las Especialidades, en términos de que es necesario reforzar en los diferentes centros médicos, para que puedan ir entendiendo y tomando decisiones conscientes de lo que están haciendo. Da las gracias por esa claridad de la presentación.

El Director Barrantes Muñoz agradece la presentación y señala que dará su voto favorable a esta propuesta, dado que está muy bien justificada, con los objetivos y la metodología precisa, en el resumen que se les entregó. Lo importante es la propuesta se traduzca en un detallado programa que, luego se le pueda dar seguimiento y tener una idea clara de los costos y los requerimientos se cumplan para que el programa logre tener el éxito esperado.

El Director Alvarado Rivera al igual que doña Marielos felicita a la Dra. Arguedas y al Dr. Urroz y les agradece, porque la presentación le permitirá tener tranquilidad de las decisiones que se tomarán. Consulta cuál es la sobrevida que tienen esos pacientes.

Al respecto, señala la Dra. Arguedas que la sobrevida en Cirugía Cardíaca en este momento es del 92.7%, la mortalidad es del 7.3%. Por ejemplo, si se analiza la información de África la mortalidad es del 100% y no hay programas de Cirugía Cardíaca.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y anota que la idea de la presentación del día de hoy es para informar lo que se ha estado avanzando en el tema y solicitar la anuencia de la Junta Directiva, para poder contar con el doctor Da Cruz, dado que hay solicitar permiso al Colegio de Médicos y realizar algunos trámites. La propuesta es que la persona viene con planteamientos para mejorar ese plan en conjunto con temas, con la visión de mediano y largo plazo. Reitera que se quería informar del proceso. Le parece que la presentación ha sido muy clara y contundente como lo han indicado los señores Directores.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5495-2014, fechado 4 de agosto del año en curso, que firma la señora Gerente Médico y en adelante se transcribe, en lo conducente:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica procede a presentar la propuesta para el proyecto de cooperación internacional para el Programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños, según oficio DG-HNN-1499-14 de fecha 05 de agosto del 2014, suscrito por el Dr. Orlando Urroz Torres, Director General del Hospital Nacional de Niños, que a la letra indica:

“Como es conocido, el reto del abordaje de las cardiopatías congénitas en nuestro país, tiene múltiples facetas, en las que hemos trabajado con diversas propuestas y acciones. Esta misiva, no pretende ser exhaustiva respecto a la situación de la cirugía cardíaca pediátrica en nuestra institución, sino que persigue la exposición de un aspecto puntual, tal cual es la urgencia de realizar algunas gestiones para impulsar la cooperación internacional en este tema.

ANTECEDENTES

Cada año nacen en el mundo aproximadamente un millón de niños con cardiopatías congénitas, el 90% de ellos no tienen acceso a cuidado médico apropiado. Por lo anterior, en el mundo subdesarrollado el reto actual es el de promover el acceso básico al cuidado cardíaco. Nuestro país, a pesar de sus limitaciones económicas, cuenta con un programa de cirugía cardíaca de congénitos establecido, y comparte en la actualidad el reto que atañe al grupo de países desarrollados, que va más allá de la instauración de programas quirúrgicos o disminuir la mortalidad postoperatoria y trasciende a un nivel en el que se pretende descender la morbilidad y mejorar la calidad de vida de estos niños.

En Costa Rica, la segunda causa de mortalidad infantil la constituyen las malformaciones congénitas y dentro de estas, alrededor del 40% son malformaciones de corazón. En términos absolutos, cada año en nuestro país nacen aproximadamente 500 niños con malformaciones cardíacas, 30% de ellos requieren corrección en el primer año de vida, y 15% lo ameritan en antes del primer mes de edad. La Caja Costarricense del Seguro Social, cuenta con el programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños como única oferta resolutoria para este reto, cuya complejidad no se restringe al nivel técnico-médico, sino que involucra también la perspectiva de gestión y el alto impacto financiero.

Debe reconocerse que, a pesar de los esfuerzos realizados a través del tiempo, los resultados del programa de cirugía cardíaca del HNN, aún no alcanzan aquellos obtenidos en países desarrollados. Esta situación ha llevado a múltiples conflictos internos en los involucrados en el manejo de estos pacientes y a una gran exposición mediática del tema.

En la actualidad, el programa de cirugía cardíaca del HNN, enfrenta diversos retos en lo referente al cuidado intensivo post-operatorio, área física, estancia hospitalaria, complicaciones, listas de espera, clima organizacional y abordaje mediático del tema. Ante este escenario, los responsables de la gestión, nos enfrentamos con la disyuntiva de fortalecer el modelo actual de dos unidades de cuidado intensivo separadas, una general y otra cardíaca, versus la reorganización de un modelo

fusionado en una única área crítica. Ambas alternativas han sido analizadas con profundidad y presentan ventajas y riesgos para la institución.

Considerando lo anterior, emerge también la opción de promover un modelo intermedio de transición, en el que mediante la participación de un hospital pediátrico internacional, con altos índices de desempeño en el tema de cardiopatías congénitas, se desarrolle un programa de mejora de la calidad de la atención, que permita a mediano plazo la configuración de un modelo ideal para nuestra realidad costarricense. Este proceso requeriría también la colaboración de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y de la Dirección de Desarrollo Organizacional de la CCSS.

A lo anterior se agrega que, dada la conformación etérea del actual grupo de cirujanos cardíacos del HNN, estamos obligados, a corto plazo, a generar alternativas de sucesión para cirujanos de experiencia (senior). Por esta razón, se considera que es también necesario valorar la posibilidad de buscar ayuda internacional para una eventual integración de un cirujano cardíaco de congénitos de experiencia en el grupo de trabajo nacional.

Basados en las anteriores consideraciones, se plantea la siguiente propuesta:

1. Propuesta de Cooperación con el Instituto Pediátrico del Corazón del Hospital de Niños de Colorado.

El programa de cirugía cardíaca del HNN, en este momento está centralizado en la Unidad Cardíaca (UC), dependencia del Departamento de Cirugía, y el programa de cardiología intervencional es realizado por el Servicio de Cardiología, dependencia del Departamento de Medicina. La Unidad Cardíaca fue conceptualizada como un equipo de trabajo médico-quirúrgico integral centrado en el paciente. Desde su creación en el año 2010, se ha registrado una mejora en la mortalidad a 30 días post-cirugía (7.3% en el 2013) y una producción anual alrededor de 220 pacientes intervenidos.

A pesar de lo anterior, persisten varios aspectos que requieren de acciones específicas para ser mejorados. A saber:

1. Descenso continuado en mortalidad post-quirúrgica.
2. Disminución de las complicaciones post-quirúrgicas y estancia hospitalaria.
3. Reducción de listas de espera.
4. Mejora en clima organizacional.
5. Desarrollo de un programa de mejoría de calidad, seguridad y eficiencia clínica

Considerando el vínculo pre-existente con el Dr. Eduardo Da Cruz, Jefe del Programa de Cuidado Crítico Cardíaco y Director de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos (CICU) y de la hospitalización en Cardiología Pediátrica (CPCU) del Instituto del Corazón (IC) del Children's Hospital Colorado (CHCO), se ha realizado un trabajo preliminar para la formulación de una propuesta para la mejora de la calidad del programa de cirugía cardíaca del HNN.

El Dr. Da Cruz realizó su residencia en Pediatría en el HNN y ha mantenido a través de los años una vinculación con nuestro Centro, lo que incluye interacción personal con especialistas de los Servicios de Cardiología, Cirugía de Tórax y Cardiovascular y Unidad de Cuidados Intensivos,

por lo que se considera un criterio externo muy robusto en sus apreciaciones referentes a nuestro programa de cirugía cardíaca.

El Hospital de Niños de Colorado (CHCO) es un hospital pediátrico, ubicado en Denver, capital del estado de Colorado, Estados Unidos. Este centro hospitalario ha sido ranqueado entre los 10 mejores hospitales pediátricos estadounidenses, según el US News and World report 2014-2015. El CHCO tiene 500 camas, de las cuales 100 son de cuidado intensivo, distribuidas en cuidado intensivo neonatal (NICU), pediátrico (PICU) y cardíaco (CICU). El programa de diagnóstico y manejo de cardiopatías congénitas está centralizado en el IC, del cual el Dr. Da Cruz es uno de los principales líderes. El IC recibe toda la patología cardíaca compleja no solo del estado de Colorado, sino también de los estados vecinos. El IC aglutina el cuidado médico-quirúrgico de los niños con cardiopatías. Tienen un sinnúmero de programas de avanzada que incluyen: diagnóstico fetal, procedimientos in útero (EXIT), ECMO, corazón artificial, programa de trasplante de corazón, un programa de referencia de hipertensión pulmonar y cirugía neonatal compleja, entre otros. Realizan en promedio 480 cirugías cardíacas y 800 procedimientos de cardiología diagnóstica e intervencional por año. Reportan una mortalidad quirúrgica cercana de 1.2%, y una mortalidad global de 2.2% incluyendo insuficiencia cardíaca terminal, trasplantes complejos y rechazos, y cirugía cardíaca neonatal compleja como la intervención de Norwood.

En el CHCO la PICU y la CICU están separadas, física y organizacionalmente. Según información provista por el Dr. Da Cruz, en la actualidad, se considera que el nivel de especialización entre los dos tipos de intensivistas es diferente, también y muy particularmente entre las enfermeras de ambas unidades, las características de su quehacer y formación son distintas. Sin embargo, este modelo de atención requiere de recursos financieros y humanos suficientes para garantizar su sostenibilidad.

La CICU mantiene una relación amistosa, cordial y de colaboración con la PICU, lo que incluye intercambios de recurso humano médico y de enfermería cuando el hospital lo requiere. Esta armonía en el clima organizacional ha sido el producto de un proceso continuo de trabajo que ha tomado alrededor de 10 años y que muestra a la fecha notables resultados. El ratio de distribución de enfermera paciente en el área de la CICU es de 1:1. El ratio de distribución médico paciente en esta misma área es de un médico asistente (attending physician), 1-2 fellows y 1-2 mid-levels (Physician Assistants y Nurse Practitioners) para 16-24 camas por semana; sin embargo, otros miembros del equipo interdisciplinario se movilizan cuando es necesario para reforzar la CICU, si la carga de trabajo y la gravedad de los pacientes así lo requiere.

En ese centro, de manera cotidiana se genera una discusión clínica respetuosa entre el grupo integral de manejo médico quirúrgico de cada uno de los niños a cargo de la CICU, a partir de la cual se generan los planes para las horas subsecuentes. Hay una comunicación directa de las enfermeras y médicos tratantes con los padres, quienes permanecen de manera irrestricta con sus hijos, aún en el área de cuidado intensivo. Los padres participan activamente en la discusión clínica sobre sus hijo(as) y también son vigilantes de aspectos de calidad de atención como lavado de manos y asumen algunas responsabilidades sobre el cuidado directo de sus hijos aun cuando estén hospitalizados, incluyendo la llamada del Rapid Response Team (o Emergency Medical Team) cuando el paciente se encuentra en el CPCU. Los padres también tienen un representante en el Comité de Calidad del CICU/CPCU. La información sobre resultados y complicaciones esta siempre disponible y motiva discusiones constructivas con los padres, si así lo desean.

OBJETIVO: Implementar un proyecto de mejora en la calidad, seguridad y eficiencia clínica (mejores desenlaces + menores costos/pérdidas = valor) de la atención de los niños con cardiopatías congénitas en Costa Rica, que permita transformar el actual programa de cardiopediatría y cirugía cardíaca pediátrica del HNN en un esfuerzo integral, interdisciplinario (no solo multidisciplinario), mediante la asesoría oficial del IC del CHCO. Se propone un acompañamiento en la búsqueda de soluciones a las dificultades y no solamente un proceso restringido al señalamiento de problemas.

Metodología:

1. Visita inicial al HNN, para analizar situación y propiciar diálogo entre partes.
2. Evaluación del programa de cirugía cardíaca del HNN, en detalle (análisis FODA) en términos de recursos, procesos, estrategias de “manejo de equipo”, bases de datos y reporte (en comparación con referencias como la STS).
3. Elaboración de una propuesta organizativa inicial y monitoreo periódico permanente (Planear-Hacer-Estudiar-Actuar o ciclos PDSA) a través de un período de cinco años entre el IC del CHCO y el HNN.
4. Conformación de equipo interdisciplinario del HNN que visitaría el CHCO durante un período mínimo de dos semanas para observar de cerca las interacciones personales, procesos e intercambio de información, así como los algoritmos relacionados con calidad, seguridad y eficiencia clínica.
5. Implementación de visitas frecuentes periódicas por un período de cinco años de diversos miembros del equipo del IC-CHCO, que incluirían cardiólogos, intensivistas, cirujanos de corazón, enfermeras de educación, anestesiólogos etc., con fines de formación y capacitación al equipo local del HNN, y de monitoreo de la implementación de medidas para la mejora de la calidad de atención.

Cabe destacar que en el análisis de la situación actual del programa de cirugía cardíaca del HNN, surgen algunas propuestas de acciones concretas a realizar a corto plazo:

- a. Procurar cuidado post-operatorio para los niños sometidos a cirugía cardíaca por pediatras intensivistas 24/7.
- b. Buscar la participación del HNN en otras bases de datos más allá de IQIC, como son la de STS y Cardioaccess, para mejorar el registro de datos morbilidad y otros parámetros de calidad correlacionados con scores de riesgo como el RACHS-1, el Aristotle y el STAT.
- c. Crear un grupo de trabajo o “Board”, constituido por un cardiólogo, un cirujano de Corazón y un intensivista cardíaco, para el manejo coordinado de la lista de espera y supervisión de movimientos en la organización de la actividad quirúrgica, elaboración anticipada del rol de guardias y comunicación del mismo a las instancias pertinentes. Este grupo debe hacer un plan estratégico de acción y estar constituido por personas con las siguientes características: capaces de escuchar, comprometidas con el tema y con liderazgo en sus respectivos grupos de trabajo. En etapas sucesivas este grupo tendrá que trabajar en la implementación de algoritmos, actividades académicas internas y promoción de investigación en temas de calidad de atención.
- d. Trabajar con todas las personalidades involucradas para que aprendan a modularse, a eliminar la cultura de la acusación (“no blaming” es una premisa de calidad), a centrarse en los niños y sus familias y a buscar espacios de conciliación entre las personas que han tenido más conflictos.
- d. Hacer obligatoria y supervisada por autoridades correspondientes la asistencia a las sesiones cardio-quirúrgicas, en las cuales los participantes deben estar atentos, sin distracción y con

compromiso por lo que están haciendo.

e. Las enfermeras deben ser apoyadas por el Board para el diseño de su programa interno de educación. De manera progresiva, toda enfermera que trabaje en la UC debe estar certificada en este programa de entrenamiento.

f. Promover la interdisciplinariedad en todas las actividades posibles.

El programa propuesto, pretende elevar la calidad de atención en un país que tiene un programa de cirugía cardíaca de congénitos. El programa no es excluyente de otras alianzas internacionales, sino que al contrario promueve esas colaboraciones, pues la idea es que la mejora de la calidad se obtenga a través de la fórmula:

Misiones Humanitarias + Mejora progresiva del Sustrato Local = Mejora de la calidad del programa de cirugía cardíaca.

El Dr. Da Cruz ofrece la posibilidad de concretar su primera visita a Costa Rica para estos efectos, en el mes de setiembre 2014

2. Propuesta de búsqueda de alternativas internacionales para la sucesión de cirujanos de experiencia (senior) en el área de cirugía cardíaca de congénitos.

Según reporta la literatura especializada en el tema, los cirujanos de corazón que se dedican a la corrección de cardiopatías congénitas, mejoran ostensiblemente sus tasas individuales de mortalidad de manera directamente proporcional al número de cirugías que realizan. Así, aquellos cirujanos que practican más de cien cirugías por año, son los que registran mejores resultados. Por otro lado, también es claro, que a mayor tiempo de experiencia del cirujano, mejores son sus resultados. Por lo anterior, la presencia de cirujanos de experiencia, denominados “cirujanos senior” es esencial en todos los equipos de cirugía cardíaca de congénitos en el mundo. Este tipo de profesionales son escasos y tienen una altísima demanda a nivel mundial.

En Costa Rica, particularmente en el HNN, desde el punto de vista numérico la cantidad de cirujanos de corazón con que se cuenta a la fecha, se considera adecuada, sin embargo el “cirujano senior”, que es quien realiza casi la totalidad de las cirugías complejas en la actualidad, podría acogerse a su pensión a corto plazo, lo cual pondría en riesgo la continuidad y capacidad resolutoria del programa.

Basados en las anteriores consideraciones, nos sentimos responsables de evidenciar ante las autoridades institucionales este riesgo tan importante y de solicitar su apoyo para que a través de los organismos que consideren pertinentes se inicie a la mayor brevedad posible la búsqueda de posibles alternativas internacionales de cirujanos senior. Este proceso debe ser acompañado con las acciones correspondientes para fundamentar la factibilidad regulatoria, administrativa y financiera para una eventual contratación de un profesional de esas características para el programa de Cirugía cardíaca del HNN”,

habiéndose hecho la presentación respectiva por parte del doctor Orlando Urroz Torres, Director a.i., y la doctora Olga Arguedas Arguedas, Subdirectora del Hospital Nacional de Niños y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –en forma unánime- ACUERDA aprobar la propuesta presentada por la Gerencia Médica mediante el citado oficio GM-SJD-5495-2014, de fecha 04 de agosto del año 2014, sobre el Proyecto de

cooperación internacional para el Programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños que, entre otros, contempla:

1. La visita inicial del Dr. Eduardo Da Cruz, Jefe del Programa de Cuidado Crítico Cardíaco y Director de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos (CICU) y de la hospitalización en Cardiología Pediátrica (CPCU) del Instituto del Corazón (IC) del Children's Hospital Colorado (CHCO), que estaría prevista para setiembre del año 2014.
2. Que la Gerencia Médica, a través de la Organización Panamericana de la Salud, explore la viabilidad para la gestión de contratación de un cirujano experto.

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

El doctor Urroz Torres y la doctora Arguedas Arguedas se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 15°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-5502-2014, fechado 1° de agosto del año en curso que firma la señora Gerente Médico y, en lo conducente, literalmente se lee así:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica presenta la propuesta de solicitud de aprobación de compra del tiquete aéreo Quebec-San José-Quebec, más los impuestos de salida de ambos países, así como el pago de hospedaje y alimentación para que el Dr. Jacques E. Girard, participe como instructor del taller “Metodologías para la elaboración de diagnósticos de necesidades de capacitación y formación del recurso humano en temas de salud, aplicable a la CCSS” así como la ponencia acerca de los resultados obtenidos de la gestión del modelo de atención en los sistemas de salud, implementado por la Universidad de Laval, Quebec, Canadá, comandado por el programa de residentes de Medicina Familiar del 25 al 28 de Agosto, 2014 en las instalaciones del CENDEISSS, según oficio DE-2216-07-2017 de fecha 31 de julio del 2014, suscrito por la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del CENDEISSS, que me permito transcribir a continuación:

“Antecedentes

El Área de Planificación para el Desarrollo de Recurso Humano del CENDEISSS, le corresponde como función sustantiva la elaboración de diagnósticos de necesidades de capacitación y formación de los colaboradores de la Institución, a través de su labor se han utilizado metodologías científicas con enfoques cualitativos, cuantitativos o ambos. En la actualidad, dada la carencia de recurso humano con la finalidad de potenciar los productos que se le asignan, se requiere estandarizar los protocolos de abordaje, con el objetivo de trazar modelos que proyecten los requerimientos de recurso humano institucional de manera objetiva.

Justificación

El Dr. Girard inició su carrera de medicina a principios de los años 70 en la Universidad Laval (Canadá), quien en 1976 le otorgó un doctorado en medicina. Poco después, completaba la especialidad de medicina comunitaria con la certificación mixta del Colegio Real de médicos y cirujanos de Canadá y del Colegio de médicos de Quebec (1977-81), a partir de una formación clínica en pediatría hacia una maestría en salud pública en la Universidad de California de Berkeley en 1980, cuyo campo era la salud materno-infantil.

Inició su práctica médica en la provincia de Quebec, donde participó en la configuración de una primera red completa de centros de atención primaria (CLSC), a nivel de una región remota, y en la incorporación de la salud comunitaria como componente clave del modelo de atención vigente a favor de la población. A partir de 1982, desarrolló una experiencia de salud internacional durante tres años, como asesor técnico en Atención Primaria en Salud (APS) ante el Ministro de salud de las Islas Comoras en el Océano Índigo, a través de una iniciativa auspiciada por la Agencia canadiense de desarrollo internacional (ACDI).

Se ha dedicado a la docencia en salud internacional y al fomento de muchas iniciativas de cooperación inter-universitaria en América Latina y en el África. Durante un “proyecto” sabático en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, Washington DC) en 1996, se analizó la metodología de los procesos de reforma del sector “salud” en América Latina. A partir de este momento, temas como la accesibilidad a la atención en salud y el derecho a la salud se convirtieron como ejes estratégicos de trabajo, a través de la movilización de los prestadores y las organizaciones comunitarias, resultando en una mejor integración de los servicios en redes a favor de los usuarios en Quebec como al Extranjera. En este contexto, modular una respuesta óptima del mismo sistema de salud tenía más respaldo cuando se ligara la nueva salud pública a la medicina familiar.

Como nuevo director de la maestría en salud comunitaria de la Universidad Laval en el 2000, contribuyó, en el marco del proceso de acreditación, a ajustarla frente a las nuevas realidades de la salud pública, en particular los aportes de los determinantes sociales de la salud, el fomento de políticas públicas y los nuevos retos de la globalización sobre la salud.

En 2005, el Dr. Girard empezó a trabajar con OPS como consultor internacional en el desarrollo de sistemas y servicios de salud en Chile por un poco más de 4 años. Fue testigo de un sistema mixto, tratando de mejorar sus diferentes respuestas ante la equidad y contando con un sub-sector privado importante a nivel de la prestación de servicios, del aseguramiento y del financiamiento. La promoción de esquemas de protección social en salud, a través de políticas públicas del Estado, permitió reducir significativamente la exclusión social ante la salud, cuya situación se debe a estos proyectos ajustando la articulación eficaz de redes de servicios integradas, basadas en la APS muy bien vinculadas, y contando con índices de seguimiento para medir el impacto sobre la equidad. Con una perspectiva

semejante, se comprometió para la conformación de mesas de diálogo, valorando enfoques interculturales y un mecanismo legal, para diseñar una respuesta adaptada a las necesidades de los pueblos indígenas "Mapuches", apoyando la proximidad de la medicina tradicional a la medicina alópata en zonas demostrativas.

En 2010, el Dr. Girard se trasladó de Chile a México y encuentra un sistema de salud, contando con una cultura prevalente de gestión pública, cuyas Autoridades Sanitarias, para cada una de las 32 entidades federativas que cuenta el país, tienen que lidiar con las instancias centralizadas de la Seguridad Social, que manejan de manera paralela sus propias redes para 50% de la población mexicana.

Con base al compendio del currículo del Dr. Girard, se considera que la visita del Dr. Girard representa un intercambio de información en materia de salud y seguridad social, pues la Institución ha venido trabajando un cambio en el modelo de atención, con una visión orientada con el fortalecimiento del primero y segundo niveles de atención donde el médico de atención familiar y domiciliar tiene un papel protagónico que influencia los índices de morbimortalidad de la población.

Desde 2012, se dedica a acompañar al decano de la Facultad de Medicina en la Universidad Laval en materia de salud poblacional, cuyo vertiente es la combinación de la Atención Primaria en Salud con la salud pública ante los retos del acceso y la equidad en materia de servicios de salud ante la vulnerabilidad social en Quebec. Él actúa también como asesor para diferentes instancias de la red de servicios de salud en Quebec como al Extranjero, para fomentar nuevos enfoques y metodologías en la mejora de los sistemas de salud en el entorno de la atención médica.

En la última visita a Costa Rica del Dr. Girard, comentó de la elaboración de un instrumento que permite la estandarización en la elaboración de los diagnósticos necesidades de los servicios de salud, ante el recurso humano en salud, y la planificación estratégica del mismo, conforme a un marco conjunto con la academia acerca de los retos de capacitación y formación. Cabe aclarar, que la Institución requiere, a corto plazo, los insumos que mejoren y operativicen los requerimientos en esta materia.

Con base a lo anteriormente expuesto, como una de las actividades sustantivas del Área de Planificación para el Desarrollo de Recurso Humano, es elaborar diagnósticos de las necesidades de capacitación y formación de los funcionarios institucionales, se considera crucial el aporte que el Dr. Girard pueda brindar para ejecutar tal propósito, pues se requiere del conocimiento y la experiencia desarrollada en otros países en el tema de metodologías para la elaboración de diagnósticos de necesidades de capacitación y formación, con el propósito de estandarizar el aspecto metodológico para los planes que se están desarrollando, por ejemplo en temas de cáncer, trasplantes y donación de órganos, especialidades médicas y otras ciencias médicas, entre otros.

Aunado a lo anterior, las ponencias que el Dr. Girard brinde al Área de Planificación para el Desarrollo de Recurso Humano, incentivaría la investigación, otro pilar de gestión del CENDEISSS. Adicionalmente, coadyuvaría a su vez a la Sub Área de Postgrados y Campos Clínicos del CENDEISSS, a una de las especialidades médicas, como lo es la Medicina Familiar y Comunitaria, donde la Institución atraviesa una estructuración a través de las redes de atención de los servicios de salud, para lo cual el Dr. Girard ha desarrollado investigaciones de esta envergadura y su accionar laboral lo ha destacado a nivel mundial.

Objetivos

Construir la metodología para la elaboración de los diagnósticos de necesidades de los servicios de salud ante el recurso humano en salud y la planificación estratégica del mismo, aplicable para la Caja Costarricense de Seguro Social, dentro de diferentes etapas propuestas a continuación:

1. Plasmar la situación actual ante los RHUS a nivel del sistema de salud, vinculada al modelo de atención que opera la misma CCSS.
2. Establecer las necesidades de los servicios de salud, conforme al modelo de atención que se fomenta por las Autoridades sanitarias, y los requisitos en términos de RHUS para cumplir con la cobertura efectiva que se busca.
3. Identificar las brechas objetivas para que se pueda contemplar las medidas, conforme a una planificación estratégica a corto, mediano y largo plazo esperando una contribución significativa y un valor añadido para la salud de la población costarricense.
4. Aprovechar los resultados obtenidos de la gestión del modelo de atención en los sistemas de salud de Canadá, en particular con los retos de los RHUS, que se manejan a nivel internacional y del país, contemplando la transformación exitosa hacia la APS con la medicina familiar y la interdisciplinariedad a nivel de las redes integradas de servicios de salud.
5. Ubicar los logros claves en el marco de la nueva agenda acerca de los Recursos Humanos en Salud (RHUS) como lo fomentan la OMS y la OPS: planificación y distribución del personal de salud, retos migratorios, condiciones laborales y nexos académicos.
6. Presentar una reseña histórica de las experiencias canadienses en vinculación con los sistemas de salud basados en la APS, enfatizando el caso de Quebec como ejemplo.
7. Compartir diferentes marcos metodológicos: la proyección de los médicos de familia, la mesa amplia de concertación para planificar los RHUS en medicina y el modelo de proyección de médicos especialistas 2012-2032.

8. Formular un plan de implementación operacional con el conjunto de los actores por involucrar y comprometer a diferentes niveles bajo el liderazgo de la CCSS.

Agenda

Agenda	Actividad	Lugar	Población
Lunes 25 de agosto, 2014	Sesión de trabajo con el Área de Planificación, CENDEISSS	Área de Planificación, CENDEISSS	Área de Planificación (6 personas)
Martes 26 de agosto, 2014	Mañana: Reunión estratégica, áreas del CENDEISSS. Tarde: Reunión Cátedra de Medicina, UCR	Dirección Ejecutiva, CENDEISSS	CENDEISSS (15 personas)
Miércoles 27 de Agosto, 2014	Taller: “Metodologías para la elaboración de diagnósticos de necesidades de capacitación y formación del recurso humano en temas de salud, aplicable a la CCSS”	Por definir	-Coordinadores: CEP (8), CREP (7), CLEP (8). -Representantes de las Gerencias de la CCSS (5) -Representantes de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud (2) -Representantes CENDEISSS (5)
Jueves 28 de agosto, 2014	Charla: “Intercambio de experiencias en Medicina Familiar y Comunitaria”	CENDEISSS/Colegio de Médicos	M.A.E en Medicina Familiar y Comunitaria

Dictamen Técnico

Es de suma importancia la selección de la metodología para los diferentes diagnósticos, pues consiste en un conjunto coherente y racional de técnicas y procedimientos cuyo propósito fundamental apunta a implementar procesos de recolección, clasificación y validación de datos y experiencias provenientes de la realidad y a partir de los cuales se evidencian las necesidades institucionales.

De tal manera que los aportes que el Dr. Girard puede brindar al tema de la metodología de la investigación, en consecuencia a la creciente necesidad de realizar diagnósticos de necesidades de capacitación y formación en la CCSS, postula un conjunto de reglas, principios y pasos destinados a guiar el proceso de

búsqueda del conocimiento científico, en la perspectiva de que los procesos y los hallazgos se encuentren sustentados en la credibilidad, la objetividad y la idoneidad de los procedimientos aplicados para alcanzarlos, de conformidad al profesionalismo y experiencias de trabajo en dicho tema, pues sus principales hallazgos e ideas en el campo de la investigación ha de servir como informe básico de carácter recomendativo.

Dictamen Jurídico

Se adjunta mediante oficio CENDEISS-AL-2342-14.

El motivo de la visita del Dr. Girard comprende su participación como instructor en el taller denominado “Metodologías para la elaboración de diagnósticos de necesidades de capacitación y formación del recurso humano en temas de salud, aplicable a la CCSS” así como, impartir la ponencia relacionada con los resultados obtenidos de la gestión del modelo de atención en los sistemas de salud, implementado por la Universidad de Laval, Quebec, Canadá y organizada por el programa de residentes de Medicina Familiar, actividades por realizarse en las instalaciones del CENDEISS.

Con la experticia adquirida por el Dr. Girard, quien es un profesional especialista en medicina comunitaria y atención del primer nivel, ha sido docente en materia de salud internacional y director de la Maestría en Salud Comunitaria de la Universidad Laval en Quebec, fue consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), participando en el análisis de la metodología de los procesos de reforma del sector “salud” en América Latina, lo cual le permitió observar el comportamiento de los diferentes sistemas de salud de la región y el papel de la atención primaria en los servicios de salud.

La determinación de esas necesidades educativas corresponde a la demanda que se determine mediante los estudios realizados en esas materias, con el propósito de mejorar el desempeño profesional, respondiendo de esa forma a lo dispuesto en el Plan Estratégico Institucional (alineado a las estrategias de la Caja para el 2025).

El Área de Planificación para el Desarrollo de Recurso Humano, es la instancia del CENDEISS responsable de elaborar diagnósticos de las necesidades de capacitación y formación de los funcionarios institucionales.

Para ejecutar sus líneas de acción requiere contar con el conocimiento y la experiencia desarrollada en otros países, con el propósito de potencializar destrezas y de esa forma identificar los requerimientos presentes y futuros del recurso humano de manera objetiva.

Fundamento Legal

Ley General de Administración Pública art. 01 y 11.

Ley General de Control Interno art. 01, 08, 09 y 13.

Ley de Contratación Administrativa art. 01 y 136 del Reglamento de esta Ley.

Reglamento de Gastos de Viaje y de Transporte para Funcionarios Públicos art. 07 y 31.

Conclusiones

La metodología de investigación permite el análisis reflexivo y crítico de los conceptos teóricos a desarrollar en una investigación de forma actualizada.

La metodología de investigación desarrolla la capacidad de crítica y argumentación a la hora de tomar decisiones frente a los procesos a seguir, tal como propone el Dr. Girard tanto en el modelo de atención en los sistemas de salud como para la elaboración de los diagnósticos de necesidades de los servicios de salud ante el recurso humano en salud y la planificación estratégica del mismo, aplicable para la Caja Costarricense de Seguro Social.

La metodología de investigación es una herramienta fundamental para el desarrollo de las actividades académicas, las cuales son promovidas por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.

La metodología de investigación establece el rumbo correcto de una investigación orientada a la obtención de resultados en términos de efectividad, eficiencia y eficacia, motivos por los cuales la Caja Costarricense de Seguro Social, encamina todos sus esfuerzos.

Además, con la experiencia del Dr. Girard, permitirá a la Institución visualizar cambios en pro de la gestión integral de los servicios de salud con la finalidad de fortalecer el modelo de atención”,

habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte del doctor Juan Carlos Esquivel Sánchez, Jefe del Área de Planificación del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), con base en las siguientes láminas:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS)
Informe Beneficios para Estudio 2013-2014
Otros beneficios concedidos por la CCSS
7 de julio, 2014.

2)

Resumen de caso			
Nombre	Lugar de trabajo	Solicitud	Monto de beneficios económicos
Dr. Jacques E. Girard	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, MSc. en Salud Pública, ex representante de OPS y Consultor Internacional	Aprobación gastos de transporte, hospedaje y alimentación para que el Dr. Girard participe como instructor del taller "Metodologías para la elaboración de diagnósticos de necesidades de capacitación y formación del recurso humano en temas de salud, aplicable a la CCSS" así como la ponencia sobre los resultados obtenidos de la gestión del modelo de atención en los sistemas de salud, implementado por la Universidad de Laval, Quebec, Canadá, comandado por el programa de residentes de Medicina Familiar. Fecha: 25 al 28 de Agosto, 2014	<p>Compra de tiquete aéreo ruta Quebec-San José-Quebec con ingreso el 24 de agosto y regreso el día 29 de agosto de 2014, en clase económica, más pago de impuestos de salida. Total \$2.500.00* USD.</p> <p>Hospedaje por 5 noches del 24 al 28 de agosto del 2014. Total: \$455. Servicio de alimentación por 5 cenas del 24 al 28 de agosto de 2014, en el lugar de hospedaje. No se incluyen comidas intermedias ni bebidas alcohólicas. Total: \$140.00 USD.</p> <p>Total Aproximado:\$3.095 .00USD</p>
<p>*Debido a que el tiquete va a ser comprado en una fecha próxima a que el Dr. Girard realice el viaje, y este es un elemento que encarece el precio de los tiquetes aéreos, con el propósito de evitar cualquier contratiempo que pueda incidir en la satisfactoria realización de la actividad, se reserva el equivalente a un total de \$2.500.00 en la partida de tiquetes aéreos. Se aclara que las cotizaciones de viaje son por menos monto.</p> <p>**Los montos se establecen con base a un estudio de mercado, tomando como referente el precio mayor para efectos de aprobación del presupuesto. La compra directa se adjudica a la oferta de menor precio.</p>			

3)

Propuesta de Acuerdo
<p>Se acuerda recomendar la compra del tiquete aéreo Quebec-San José-Quebec, más los impuestos de salida de ambos países, así como el pago de hospedaje y alimentación para que el Dr. Jacques E. Girard, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, MSc. en Salud Pública, ex representante de OPS y Consultor Internacional participe como instructor del taller "Metodologías para la elaboración de diagnósticos de necesidades de capacitación y formación del recurso humano en temas de salud, aplicable a la CCSS" así como la ponencia acerca de los resultados obtenidos de la gestión del modelo de atención en los sistemas de salud, implementado por la Universidad de Laval, Quebec, Canadá, comandado por el programa de residentes de Medicina Familiar ,del 25 al 28 de Agosto, 2014, en las instalaciones del CENDEISS. Se recomiendan los siguientes beneficios económicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pago de tiquete aéreo por un monto total de hasta \$2.500.00 USD. 2. Pago hospedaje y alimentación por un monto total de hasta \$595.00 USD. <p>Las partidas a afectar son 2138, tiquetes aéreos y 2131, actividades de capacitación, ambas del CENDEISS.</p>

y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –en forma unánime- ACUERDA aprobar los extremos en adelante detallados, a favor del Dr. Jacques E. Girard, quien participará como instructor del Taller "Metodologías para la elaboración de diagnósticos de necesidades de capacitación y formación del recurso humano en temas de salud,

aplicable a la CCSS” , y presentará la ponencia acerca de los resultados obtenidos de la gestión del modelo de atención en los sistemas de salud implementado por la Universidad de Laval, Quebec, Canadá, comandado por el Programa de residentes de Medicina Familiar, que tendrá lugar en las instalaciones del CENDEISS, del 25 al 28 de agosto del año 2014 el cual consiste en:

- 1) Compra de tiquete aéreo ruta Quebec, Canadá-San José, Costa Rica-Quebec, Canadá, con salida el 24 de agosto y regreso el día 29 de agosto del año 2014, en clase económica, más el pago de impuestos de salida por un monto de hasta US\$2.500 (dos mil quinientos dólares).
- 2) Pago del hospedaje y alimentación: hospedaje por 5 (cinco) noches, del 24 al 28 de agosto de 2014, hasta por un monto de US\$455 (cuatrocientos cincuenta y cinco dólares), servicio de alimentación -cenas- por 5 (cinco), del 24 al 28 de agosto del año 2014, en el lugar de hospedaje; no se incluyen comidas intermedias ni bebidas alcohólicas, por un monto de hasta US\$140 (ciento cuarenta dólares).

Las partidas que serán afectadas para hacer frente a la erogación indicada es la 2131, Actividades de capacitación, y 2138 (tiquetes aéreos) de la Unidad Programática 2931, CENDEISS.

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

Se retiran del salón de sesiones la licenciada Delcore Domínguez y el doctor Esquivel Sánchez.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Marco Vargas, Jefe de la Unidad de Trauma del Hospital Nacional de Niños.

ARTICULO 16º

Se tiene a la vista la consulta respecto del expediente número 19.158, Proyecto reforma al artículo 94 de la Ley de tránsito por vías públicas terrestres, y seguridad vial, Ley número 9078 del 4 de octubre del 2012, que ha sido trasladada a la Junta Directiva por medio de la nota número P.E.37.692-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 16 de julio del presente año, número CJNA-448-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, en el oficio N° GM-SJD-5476-2014, del 28 de julio del año en curso, que firma la Gerente Médico y literalmente se lee así, en lo pertinente:

“En atención a oficio JD-PL-0043-14 suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva, mediante el cual se remite el oficio CJNA-448-2014, suscrito por la Licda. Ana Julia Araya A. Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I) ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

Este proyecto pretende modificar el artículo 94 de la Ley de Tránsito por Vías Públicas, el cual en su párrafo tercero obliga a los transportistas de estudiantes menores de 12 años, que midan menos de un metro con cuarenta y cinco centímetros, a la utilización de sistemas de retención infantil, exceptuando a todas las demás modalidades de transporte.

Se debe señalar que la implementación de la obligación mencionada es implementada hasta el año 2014 pues existía la necesidad de un reglamento. Y dicha disposición ha sido considerada discriminatoria para los buseteros de estudiantes.

Además, existen los datos del mismo Ministerio de Obras Públicas y Transportes, que indica que los buses y taxis tienen más accidentes de tránsito que las busetas de estudiantes, según las estadísticas del INS. También hay que señalar que estas busetas cuentan con una persona asistente, aparte del chofer, que se asegura de que los niños y niñas vayan debidamente sentados y con los cinturones de dos puntos debidamente colocados.

II. ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

Esta Gerencia a fin de externar criterio sobre el presente proyecto de ley ha procedido a solicitar los siguientes criterios técnicos:

1. Criterios Técnicos: 1) oficio de fecha 28 de julio del 2014 de la Unidad de Trauma del Hospital Nacional de Niños. 2) oficio DDSS-0948-14 de fecha 22 de julio del 2014 de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
2. Criterio Legal: Oficio GM-AJD-5454-2014 de fecha 21 de julio del 2014, de la Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de Acuerdos de Junta Directiva.

III. SOBRE EL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley pretende reformar el párrafo tercero del artículo 94 de la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, artículo que actualmente se lee así:

ARTÍCULO 94.- Cinturones y otros dispositivos de seguridad

Los conductores deberán velar por la integridad física y la seguridad de su persona y la de los pasajeros; además, deberán utilizar y asegurarse de que todos los ocupantes del vehículo utilicen los cinturones de seguridad y demás dispositivos que conforme a esta ley deban instalarse en el vehículo.

Las personas menores de doce años que midan menos de 1.45 metros de estatura deberán viajar en el asiento trasero del vehículo. Para ello, deberá adaptarse un sistema de retención infantil, cuyas especificaciones técnicas se definirán reglamentariamente. Excepcionalmente, podrán viajar en el asiento del acompañante del conductor, utilizando el sistema de retención infantil, cuando un motivo médico debidamente acreditado así lo requiera, o cuando por la naturaleza constructiva el vehículo no cuente con asientos traseros.

Se exceptúan, de la utilización de los sistemas de retención infantil, los vehículos de transporte público de personas en modalidad de taxi, servicio especial estable de taxi, autobuses o busetas en ruta regular, y autobuses o

busetas de servicios especiales, salvo en el servicio especial de transporte de estudiantes cuando se preste a personas menores de doce años que midan menos de 1.45 metros de estatura.

Asimismo, no estarían sujetos al cumplimiento de lo dispuesto en esta norma, los vehículos exceptuados en el inciso e) del artículo 32 de esta ley.

Debe recordarse que a partir de dicha norma se generó el Reglamento para la Portación y el Uso de los Sistemas de Retención Infantil, el cual entró a regir en febrero del presente año y que tiene como ámbito de aplicación “regular la portación y el uso de los sistemas de retención infantil que se deben utilizar para el transporte de personas menores de doce años de edad que midan menos de 1.45 metros de estatura en los vehículos automotores que circulen en las vías públicas terrestres, con excepción de los vehículos de transporte público de personas en modalidad de taxi, servicio especial estable de taxi, autobuses o busetas en ruta regular, los vehículos tipo UTV, bicimoto y motocicleta, salvo que, en este último caso, se les adapte un dispositivo tipo sidecar, y en los autobuses o busetas de servicios especiales, salvo en el servicio especial de transporte de estudiantes, cuando se preste a personas menores de doce años que midan menos de 1.45 metros de estatura.”

Ahora bien el proyecto de ley que aquí se analiza pretende que el artículo 94 se lea de la siguiente manera:

REFORMA DEL ARTÍCULO 94 DE LA LEY DE TRANSITO POR VIAS PUBLICAS TERRESTRES Y SEGURIDAD VIAL, LEY N°9078. DE 4 DE OCTUBRE DEL 2012

ARTICULO ÚNICO.-

Reformase el párrafo tercero del artículo 94 de la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, Ley N°9078, de 4 de octubre de 2012, que se leerá de la siguiente manera:

“Artículo 94.- Cinturones y otros dispositivos de seguridad

(...) Se exceptúan, de la utilización de los sistemas de retención infantil, los vehículos de transporte público de personas en modalidad taxis, servicio especial estable de taxi, autobuses o busetas de ruta regular, y autobuses y busetas de servicios especiales.(...)”

En ese sentido se tiene claro que lo que se pretende es que los vehículos de transporte público, tales como taxis, autobuses, busetas de servicios especiales no estén obligados a la utilización de los sistemas de retención infantil.

Dado lo anterior, y teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño, se estableció la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual establece:

“Artículo 3

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.(...)

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.” (lo subrayado y negrita no es del original)

A nivel nacional el Código de la Niñez y la Adolescencia, establece:

“ARTÍCULO 4.- Políticas estatales

Será obligación general del Estado adoptar las medidas administrativas, legislativas, presupuestarias y de cualquier índole, para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad.

En la formulación y ejecución de políticas, el acceso a los servicios públicos y su prestación se mantendrá siempre presente el interés superior de estas personas. Toda acción u omisión contraria a este principio constituye un acto discriminatorio que viola los derechos fundamentales de esta población.(...)

ARTÍCULO 5.- Interés superior

Toda acción pública o privada concerniente a una persona menor de dieciocho años, deberá considerar su interés superior, el cual le garantiza el respeto de sus derechos en un ambiente físico y mental sano, en procura del pleno desarrollo personal.

La determinación del interés superior deberá considerar:

- a) Su condición de sujeto de derechos y responsabilidades.
- b) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.
- c) Las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve.
- d) La correspondencia entre el interés individual y el social.(...)

ARTÍCULO 12.- Derecho a la vida

La persona menor de edad tiene el derecho a la vida desde el momento mismo de la concepción. El Estado deberá garantizarle y protegerle este derecho, con políticas económicas y sociales que aseguren condiciones dignas para la gestación, el nacimiento y el desarrollo integral”.

Además, como antecedente la Sala Constitucional mediante el voto 2010-7892, reiteró la obligación de los conductores de vehículos automotores que deban transportar a personas menores de doce (12) años, de utilizar un dispositivo de seguridad acorde con el peso y la edad de la persona menor de edad.

Por ello se considera que al igual que la educación, derecho a la asistencia médica, alimentación y otros salvaguardados en la normativa, los niños y niñas tienen un derecho inherente a la seguridad en todos los aspectos que esto conlleva, por ende el derecho a viajar en forma segura en todo vehículo es ineludible.

En términos generales el que un niño viaje en un autobús escolar es más seguro que el viaje a la escuela en vehículo particular incluyendo los vehículos de doble tracción. Siendo la tasa de muertes de 0.23 por 100 millones de millas recorridas, esto para los Estados Unidos para autobuses escolares lo que es significativamente menor que para todos los otros medios de transporte.

El asunto de uso de dispositivos de retención así como el uso de cinturones de seguridad tipo 2 Hombro/cadera/pelvis ha sido ampliamente discutido y estudiado en especial por la NHTSA.

Oficina del Departamento de Transporte de los Estados Unidos que está especialmente designada para velar por aspectos de seguridad en el transporte terrestre.

En ese sentido, se requiere hacer una distinción entre autobuses de un peso igual o menor a 4.536 kilogramos de peso de aquellos de peso mayor, la razón es que los autobuses de peso igual o menor a 4.356 kg tienen un comportamiento diferente con relación a la desaceleración que experimentan que los autobuses de mayor peso en colisiones similares, para el estándar número 222 de la FMVSS en un estudio de 20 de julio de 1993 la desaceleración que experimentan es severa lo que se traduce en una desaceleración secundaria (la de los ocupantes) mucho mayor lo que incrementa el riesgo de lesiones. Así dicho estándar separa a los autobuses escolares en dos categorías la tipo 1 que son vehículos con un peso mayor a 4.536 kilogramos y los tipo 2 que son vehículos cuyo peso es igual o menor a 4.536 kilogramos.

Para vehículos tipo 1 (autobuses escolares cuyo peso es mayor de 4536 kilogramos) el estudio determinó que la distribución de fuerzas durante una colisión son diferentes de aquellas que experimentan en similares condiciones en vehículos pequeños, vans o pequeños camiones. Por lo tanto el uso de cinturones de seguridad no encontró tener un valor de protección significativo por sí solo. Si encontró este estudio que el principio de compartamentalizar los espacios es en definitiva el que provee la mayor protección para el transporte de niños. Este se basa en el principio de respaldares fuertes y adecuadamente anclados, que permitan la absorción de las energía de movimiento a las que se ven expuestos los ocupantes.

Para vehículos tipo 2 (autobuses escolares de igual o menos e 4.536 kilogramos) según la norma FMVSS 222, se señalan al menos aspectos relevantes al tema en discusión y son como se consignan a continuación:

- 7.1 Se requiere que todos los buses de este tipo tengan cinturones tipo dos es decir aquellos que son o proveen una combinación de pelvis y torso superior (hombro/cadera/pelvis).
- 7.2 Se requiere que el asiento tenga una altura de 610 mm.

De las lesiones, la NHTSA condujo el primer estudio de colisión a escala natural para determinar el pulso de impacto o la desaceleración y los resultados expuestos en el documento “Report to Congress, School Bus Safety”Crasworthiness Research, April 2002” y en su ampliación Technical Analysis Supportin the NPRM 2007. Este estudio muy bien diseñado utilizó un autobús escolar y lo sometió a una colisión contra una barrera rígida a 48.3 km/h. Para la evaluación se utilizaron “muñecos de colisión” adultos de hombre y mujer así como de niño, hombre y mujer. Estudiaron tres diferentes aspectos, compartimentalización, cinturón de dos puntos y cinturón de tres puntos.

- 8.1 Con relación a los cinturones de dos puntos: las lesiones de cabeza y cuello fueron menores para todos los sujetos en todos los tamaños.
- 8.2 El porcentaje de lesiones de cuello fue mayor que el de todos los sujetos estudiados.
- 8.3 Con relación a los cinturones de tres puntos: las lesiones de cabeza, tórax y cuello fueron menores que para todos los sujetos estudiados incluyendo a los que se encontraron con cinturón de dos puntos y compartimentalización.

- 8.4 El porcentaje de lesiones de cabeza fue la menos la mitad de aquellos sujetos que se encontraron con cinturón de dos puntos y compartimentalización.
- 8.5 Otros resultados se exponen para el uso indebido de los cinturones de tres puntos.
- 8.6 Para ocupantes de vehículos de más de 4.356 kg se identificó que el principal factor en la lesión o muerte de sus ocupantes está en el hecho de hallarse directamente involucrados en la línea de distribución de energía y no al uso o no de cinturones de seguridad.

Si bien las normas arriba expuestas no están validadas en el país los estudios que se revisaron tienen un diseño tal que son de aplicación científica en cualquier región, lo anterior por que básicamente son estudios de principios biofísicos, de lesiones, de aceleración, desaceleración entre otros y análisis estadístico complejo y pormenorizado, mismas que tienen validez y aplicación general. Por ende su aplicabilidad es universal.

No obstante es responsabilidad del transportista de proveer los sistemas para la adecuada adaptación de los sistemas de retención cuando de estos se requieran, por ejemplo los booster, mismos que **DEDEN DE SER UTILIZADOS SIEMPRE** con un sistema de cinturón de tres puntos. Así como del uso de cinturones de tres puntos para la persona menor de edad con una estatura mayor de 145 centímetros.

Se ha determinado que los niños (as) y adolescentes que viajan en dispositivos de retención de dos puntos, (cinturones de dos puntos) tienen mayor riesgo de lesiones en cabeza y cuello de aquellos que viajan en sistemas de retención de tres puntos (hombro/cadera/pelvis) y la conducta discriminatoria a la luz de los estudios sería la de favorecer esa práctica. De igual forma el Estado asumiría la falta del deber de cuidado y protección de persona menor que viajase.

CONCLUSION

De todo lo anteriormente expuesto y basado en los criterio externados, ésta Gerencia considera que el Estado debe velar por la protección de la niñez en aras de reducir la mortalidad y prever al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, es por ello que lo que pretende el presente proyecto de ley, va en detrimento de la protección de los derechos de la niñez, es por ello que más bien es de vital importancia la utilización de manera adecuada los dispositivos dispuestos para su tutela, protección y salvaguarda de su vida y el interés superior del niño.

Ahora, si bien, el tema es de resorte del Ministerio de Obras Públicas y Transportes, se debe tomar en consideración la prevención de la salud y la vida de los niños, la cual se podría poner en riesgo de aprobar el proyecto de ley, toda vez que no se utilizaría los dispositivos infantiles que ayudan a la prevención de traumas infantiles y es por ello que se recomienda externar un criterio de oposición al proyecto de ley consultado”,

y, tomando en consideración lo anteriormente señalado y con base en la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** emitir criterio de oposición al Proyecto de ley consultado, que se tramita bajo el expediente N° 19.158.

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

El doctor Vargas se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas.

ARTICULO 17°

Se tiene a la vista la consulta relativa al expediente número 18658, Proyecto reforma integral de la Ley N° 3695, creación del Patronato Nacional de Rehabilitación, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.37.745-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 21 de julio del presente año, número CEPD-045-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Especial que estudia los temas de discapacidad, de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, contenido en el oficio N° GM-SJD-5488-2014, suscrito por la Gerente Médico, fechado 31 de julio del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-0044-14 del 21 de julio del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio de fecha 21 de julio del 2014, suscrito por la señora Rosa María Vega Campos de la Comisión Especial que estudia temas de discapacidad, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE), de acuerdo con el artículo 1° de su ley de creación, Ley N° 3695 del 22 de junio de 1966, se creó para administrar el Hogar de Rehabilitación de Santa Ana, el cual fue encargada del cuidado de niños lisiados por la poliomielitis u otras enfermedades que produzcan secuelas similares. Esta institución ha brindado servicios de rehabilitación a personas con discapacidad –sin importar la edad- que se encuentran en una fase de transición posterior a ser dados de alta de un centro hospitalario, de forma tal que se ha convertido en una institución de atención sobre las diferentes necesidades de la población con discapacidad.

El Proyecto de Ley puesto a consideración se encuentra formalmente constituido por trece artículos y cuatro transitorios en donde se propone una reforma integral a la Ley N° 3695 del 22 de junio de 1966, Ley de Creación del Patronato Nacional de Rehabilitación.

Según se indica en la exposición de motivos, en Costa Rica la población con discapacidad afronta serias dificultades para ser incluidos en la sociedad con condiciones de igualdad respecto al resto de personas. Tal y como se señala, “en el campo de la rehabilitación, el país se ha centrado en materia de salud, que si bien es muy importante como punto de partida para desarrollar los otros aspectos del proceso de rehabilitación integral, al completarse solo esta parte del proceso gran porcentaje de

las personas que adquieren una discapacidad o han nacido con ella son relegadas y aisladas en sus hogares, sin poder participar en procesos educativos y sin desarrollar actividades productivas que les permita obtener un ingreso para su subsistencia y la de su familia.”

A causa de esto, un alto porcentaje de la población con discapacidad de nuestro país se encuentra desempleada o bien dependen de la ayuda pública o familiar para subsistir, perpetuando, como lo indica la exposición de motivos, el círculo vicioso que relaciona la pobreza con la discapacidad.

En la motivación de la iniciativa legal se destaca el compromiso que adquirió el Estado costarricense para eliminar la discriminación de las personas discapacitadas y de tutelar los derechos de la mismas mediante la firma de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, los cuales fueron ratificados por medio de la Ley N° 8661 del 19 de agosto de 2008.

Ante estas circunstancias el proyecto de ley pretende la creación de una entidad encargada de promover y ejecutar proyectos para satisfacer las necesidades de rehabilitación, salud, educación, empleo y demás servicios sociales de las personas con discapacidad, de manera tal que se atienda las carencias de esta población de una forma integral.

II. ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

Ésta Gerencia a fin de externar criterio sobre el presente proyecto de ley ha procedido a solicitar los siguientes criterios técnicos:

1. Criterio Técnico: oficio CNR.DG.481.14 de fecha 28 de julio del 2014 del Centro Nacional de Rehabilitación.
2. Criterio Técnico: Dr. Cesar Delgado González del Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
3. Criterio Legal: Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de Acuerdos de Junta Directiva.

SOBRE LA AUTONOMIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

En ese sentido es importante dejar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social se posiciona dentro del ámbito nacional como la entidad estatal prestadora directa de los servicios de salud para toda la población, y en virtud de ello, dentro de nuestro Ordenamiento Jurídico se contemplan diferentes disposiciones que garantizan el logro de la finalidad que le corresponde cumplir. Al respecto, la Sala Constitucional, en labor de interpretación progresiva de las normas, ha precisado:

“En el caso particular de nuestro país, ha sido la Caja Costarricense del Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo en consecuencia instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, contando para ello no solo con el apoyo del Estado mismo, sino que además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población con las cotizaciones para el sistema”

Al analizar la finalidad perseguida por el constituyente al aprobar la inclusión de la Caja dentro del texto constitucional, según consta en las Actas No. 125 y No. 126 de la Asamblea Nacional Constituyente, dentro de las discusiones realizadas en torno a dicho asunto resulta importante destacar la participación del Constituyente Volio Jiménez, quien con relación a la autonomía de esta Institución, en su oportunidad: "Insistió en que no le parecía adecuado debilitar la Caja. Lo prudente es fortalecerla. De ahí que lo más aconsejable es dejar las cosas como están, dándole a la Caja plena autonomía para independizarla así del Poder Ejecutivo"; y además agrega que: "Todo lo que signifique limitar los recursos del Seguro Social, indudablemente será un retroceso inexplicable". –Lo resaltado no corresponde al original-

En ese sentido, debe quedar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma de rango constitucional cuyo fin primordial es la tutela de la seguridad social y la salud. Por ello, según lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1º 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 general; 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”.

Dado lo anterior, en el ámbito de la salud dicho ente tiene como misión brindar atención integral en salud a la población en general, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

Es claro entonces que, le corresponde a la Caja el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales que a nivel público se brindan a 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” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N° 798-2009. En igual sentido ver resoluciones N° 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008).

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) se creó en 1973 mediante la Ley N° 5347, la cual denota al CNREE como el ente encargado de orientar la política general en materia de rehabilitación y educación especial, así como planificar, promover, organizar, crear y supervisar los programas y servicios de rehabilitación y educación especial para personas física y mentalmente disminuidas; sustituyendo de este modo a la Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

El impacto a nivel nacional del CNREE, condujo a la definición de las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral en 1986 y posteriormente en 1996, en conjunto con una serie de factores del entorno internacional así como la exigencia de las personas con discapacidad de contar con una normativa específica que procurara el respeto de sus derechos, condujo a la promulgación de la Ley N° 7600 de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Esta ley pretende equiparar los derechos de las personas con discapacidad, mejorando sus condiciones de desarrollo en términos de salud, educación, trabajo, infraestructura, transporte, cultura, deporte y comunicación.

Cabe destacar que en 1996, mediante el pronunciamiento N° C-205-98 de la Procuraduría General de la República, se ratifica al CNREE como ente rector en materia de discapacidad y encargado de planificar, coordinar y asesorar a todas las organizaciones públicas y privadas que desarrollen programas o presten servicios a la población con discapacidad del país. En enero de 2001, el gobierno de Costa Rica decreta las prioridades de la ley 7600 mediante la “Directriz N° 27 sobre las políticas públicas en materia de discapacidad”; además se establecen las Comisiones Institucionales en Discapacidad, cuya función principal es coordinar los planes de las instituciones públicas en el ámbito de la equiparación de oportunidades para la población con discapacidad.

En ese sentido, la Ley 5347 del 3 de diciembre de 1973 y su Reglamento (Ley de creación del CNREE), establece en el artículo 1, que le corresponde orientar la Política General en materia de Rehabilitación y Educación Especial. También se menciona la planificación, la promoción, la organización, la creación y la supervisión de programas y servicios referidos a aquellas materias, en todos los sectores del país. El artículo 2 de dicha ley establece como parte de las funciones asignadas las siguientes:

- a. Servir de instrumento coordinador y asesor entre las organizaciones públicas y privadas que se ocupen de la Rehabilitación y la Educación Especial.
- b. Coordinar un Plan Nacional de Rehabilitación y Educación Especial que integre sus programas y servicios con los Planes específicos de Salud, Educación y Trabajo, evitando duplicaciones y utilizando los recursos económicos y humanos disponibles.
- c. Promover la formación de profesionales especialistas en rehabilitación y educación especial, en conexión con las Universidades y entidades que tengan a su cargo la preparación de personal profesional, técnico y administrativo.
- d. Fomentar medidas que aseguren las máximas oportunidades de empleo para los disminuidos físicos y mentales.
- e. Organizar el Registro Estadístico Nacional de los Disminuidos Físicos o Mentales para su identificación, clasificación y selección.

- f. Motivar, sensibilizar e informar acerca de los problemas, necesidades y tratamiento de la población que requiere de Rehabilitación y Educación Especial.
- g. Gestionar en coordinación con los Ministerios respectivos la provisión anual de los fondos necesarios para la atención debida de los programas de Rehabilitación y Educación Especial asegurando su utilización para los fines establecidos.
- h. Coordinar con los Ministerios y Organismos Nacionales e Internacionales la canalización por medio del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial; y, además estimular la superación del personal solicitando becas adicionales.

SOBRE EL PATRONATO NACIONAL DE REHABILITACION ACTUAL

El Patronato Nacional de Rehabilitación diseña, e implementa programas para brindar servicios de rehabilitación física a las personas con discapacidad de la comunidad nacional, a la vez coordina con otras instituciones del estado que intervienen en la atención de las personas con discapacidad, programas y convenios para maximizar el uso de los recursos que posibiliten un mayor bienestar social y una mejor calidad de vida, mediante el acceso a los servicios que impulsen la autonomía personal y la igualdad de oportunidades.

La Ley N° 3695 vigente ha permitido establecer la naturaleza jurídica del PANARE como un ente público menor de la Administración pública descentralizada; los cuales en su orden disponen:

“Artículo 1°.- Créase el Patronato Nacional de Rehabilitación como organismo de servicio público con personalidad jurídica, el cual tendrá a su cargo la administración del "Hogar de Rehabilitación, Santa Ana", para los niños lisiados por la poliomielitis u otras enfermedades que produzcan secuelas similares. Estará bajo la fiscalización técnica y económica de la Dirección General de Asistencia Médico Social del Ministerio de Salubridad Pública.”

“Artículo 2°.- El Patronato se regirá por una Junta Directiva, compuesta de siete miembros nombrados por el Poder Ejecutivo para un período de cuatro años, pudiendo ser reelectos.”

“Artículo 3°.- El Presidente de la Junta Directiva tendrá la representación judicial y extrajudicial del Patronato, con facultades de apoderado general, quedando autorizado para sustituir su representación judicial. El Poder Ejecutivo a solicitud de la Junta Directiva, promulgará el Reglamento General del Patronato.” (El destacado de las normas anteriores es nuestra).

En efecto, a partir del análisis de las normas anteriores, la Procuraduría General de la República, en su dictamen C-191-2001, del 5 de Julio del 2001, a raíz de una consulta del mismo PANARE, se pronunció en el sentido dicho acerca de su naturaleza jurídica, adentrándose incluso en el estudio de su grado de autonomía respecto a la Administración central. Al efecto se indicó:

“II.- Naturaleza jurídica del Patronato Nacional de Rehabilitación y la fiscalización técnica y económica del Ministerio de Salud.

(...) vemos que el citado numeral 1º de la citada Ley N° 3695, le confiere expresamente al Patronato Nacional de Rehabilitación personalidad o entidad jurídica, lo cual a nuestro criterio, lo hace constituirse como un ente público menor dentro de la Administración Pública Descentralizada.

Recuérdese que según lo ha reiterado la Sala Constitucional, "Existe descentralización, cuando la propia Constitución Política o la ley, atribuyen una competencia determinada a una persona jurídica que se crea (artículo 189 constitucional)" (Entre otras la sentencia N° 6256-94 de las 09:00 horas del 25 de octubre de 1994).

Lo anterior implica que descentralizar es transferir o crear, a título último, definitivo y exclusivo, una competencia en otro sujeto (ORTÍZ ORTÍZ, op. cit.p. 313). Debe advertirse que "El sujeto activo que afecta el orden de las competencias es siempre el Estado, dado el carácter derivado de las mismas en el ordenamiento moderno. Los sujetos que resultan beneficiarios de la nueva competencia o de su transferencia desde el Estado, son los entes públicos menores. De este modo, el elemento primero y esencial de toda descentralización es la personalidad jurídica del centro titular de la competencia descentralizada" (Ibídem).

La descentralización supone entonces que el titular de la nueva competencia exclusiva es otro ente distinto del Estado, con un ámbito de actuación propio, y no un órgano inferior de éste.

En virtud de las anteriores manifestaciones, es preciso indicar, que al estar dotado de personalidad jurídica, autonomía administrativa y funcional –según el grado que le haya otorgado su ley de creación-, estimamos que el Patronato Nacional de Rehabilitación, más que un órgano, es un ente público menor, que persigue un fin de evidente interés social, cual es administrar el Hogar de Rehabilitación Santa Ana para niños lisiados por la poliomielitis u otras enfermedades; y como tal, integra el llamado sector público estatal o Administración Pública descentralizada, sin importar el distinto grado de autarquía (potestad de administrar) con que haya sido creado.

Es importante señalar, que este órgano superior consultivo ya ha vertido criterio, al menos en una consulta anterior, sobre la naturaleza jurídica de ese Patronato; en esa oportunidad, en lo que interesa, se afirmó lo siguiente:

"Mediante la Ley Número 3695 de 22 de junio de 1966 se crea el Patronato Nacional de Rehabilitación, como una institución descentralizada del Estado, a fin de administrar el "Hogar de Rehabilitación de Santa Ana" para los niños con problemas poliomielíticos, u otras situaciones patológicas similares (...)" (O.J. 028-97 de 7 de julio de 1997).

Queda así definida la naturaleza jurídica del Patronato Nacional de Rehabilitación, dentro del concepto de descentralización administrativa. Interesa ahora el tema de su relación con el Ministerio de Salud, respecto a la fiscalización técnica y económica de su gestión, para así determinar quién ejerce la potestad de nombramiento y remoción de los miembros de su Junta Directiva. Tal y como lo determinó esta Procuraduría General en su oportunidad, "dicha entidad tiene su propia personalidad jurídica para atender un especial servicio público de interés social, pero en lo que atañe al aspecto técnico y económico, el Patronato Nacional de Rehabilitación se encuentra supeditada a la fiscalización de las autoridades correspondientes del Poder Ejecutivo" (O.J. 028-97 op. cit.).

Esa fiscalización hay que entenderla dentro del contexto en el que opera la descentralización, la cual no significa total independencia del Estado. En efecto, la relación que liga al ente con el Estado es la llamada tutela administrativa, que a lo sumo incluye una potestad directiva y de control, a través de la cual el Estado puede señalar metas y lineamientos generales al ente menor, sin que pueda sujetarlo a patrones puntuales que eventualmente podría hacer el superior jerárquico.

A nuestro entender, la fiscalización técnica aludida se refiere más bien a la obligación que tiene el Ministerio de Salud, de brindarle a esa entidad, el apoyo y la asesoría necesaria para el cumplimiento de los fines generales de carácter público, y de evidente interés social, que tiene encomendados. Mientras que la fiscalización económica hace alusión al indiscutible hecho de que sus recursos económicos provienen, en su mayor parte, del Estado y, por ende, su presupuesto está sujeto a la aprobación, control y fiscalización, más que del Ministerio de Salud, de la Contraloría General de la República. Lo que se busca es inspeccionar la actividad administrativa del ente para verificar su conformidad con la ley y las reglas de la técnica o de la buena administración.

Por consiguiente, la relación de tutela existente entre el ente consultante y el Ministerio de Salud jamás supone grado alguno de subordinación jerárquica, pues según se ha expuesto, la importancia decisiva de la descentralización administrativa es el otorgamiento de la personalidad jurídica, "que supone por sí el grado mayor de libertad y de responsabilidad, que confiere autonomía funcional al ente (...) El ente por el hecho de serlo es autónomo en su funcionamiento, lo que quiere decir libre de todo vínculo jerárquico con el Estado (Poder Ejecutivo)". (ORTÍZ ORTÍZ, op. cit. p.318).

Al respecto, la Procuraduría General ha afirmado que "Los entes en razón de su personalidad, no están sometidos a una relación de jerarquía o de sumisión orgánica, sino a una relación de dirección" (Dictamen C-174-2001 de 19 de junio del 2001). Esto es así, por cuanto la personalidad determina que el ente no forma parte de una organización ministerial, sino que posee un ámbito de actuación propio.

En definitiva, entre la Junta Directiva del Patronato Nacional de Rehabilitación y el Ministro de Salud no existe "relación jerárquica", entendida como aquella relación que corre entre el superior y el inferior, dentro de un mismo Ministerio o dentro de un mismo ente, que tienen competencia común, por su naturaleza y sus límites; relación que sirve para mantener subordinación del inferior respecto del superior (Véase al respecto, entre otros, a MURILLO ARIAS, Mauro. "Terminología organizativa (Derecho Público), revista Academia, Facultad de Derecho, U.C.R., 1983, página 79; ORTÍZ ORTÍZ, Eduardo. Tesiario Derecho Administrativo, tesis N° 11, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica, 1972, pág. 18 y artículo 101 de la Ley General de la Administración Pública).

Por consiguiente, no es posible reconocer, a favor del Ministro del Ramo, aquellas atribuciones o potestades que normalmente se derivan de la relación jerárquica, especialmente aquellas referidas a la posibilidad de nombrar, disciplinar y remover a los titulares de los órganos inferiores (Art. 104 de la Ley General de la Administración Pública)." (El subrayado no es del original).

Avanzando un paso más allá en la explicación anterior, tenemos que el PANARE comparte con el ente público mayor o ente matriz, es decir, el Estado o la Administración central, el fin público o servicio en función del cual, para cuya gestión, el ente institucional se crea, que en este caso es la tutela de la salud pública y el servicio público sanitario.

En ese sentido, el artículo 2 inciso f) de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud establece como atribución genérica de dicha cartera el “Otorgar las prestaciones de salud en materia de medicina curativa y de rehabilitación, a través de los organismos creados al efecto, sin perjuicio de las que realicen otras instituciones.” Nótese, además, la forma en que el legislador conceptualiza al PANARE como un “organismo de servicio público”.

De ahí la llamada relación de instrumentalidad, que se crea entre el ente público menor y el Estado, pues aquél se convierte en un medio o instrumento para cumplir los fines que el ordenamiento jurídico le confiere a este último.

SOBRE EL FONDO DEL PROYECTO DE LEY.

El presente proyecto de ley pretende crear sobre la base institucional existente del Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE), un organismo nuevo denominado “Centro Nacional de Rehabilitación Integral para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad” (CENARIDIS), el cual, según los artículos 1 y 2 del texto propuesto, será un organismo de servicio público con personalidad jurídica instrumental, bajo rectoría y fiscalización del Ministerio de Salud, cuyos fines serán los de impulsar y ejecutar políticas y programas orientados a personas con discapacidad, así como ofrecer servicios de habilitación y rehabilitación con carácter integral para lograr la inclusión social efectiva de esta población.

Según se dispone en los artículos 4, 5 y 6 del texto propuesto, este Centro estará dirigido por una Junta Directiva, conformada por siete miembros que ejercerán el cargo por periodos de cinco años, cuatro de ellos los nombrará el Poder Ejecutivo, y los tres restantes corresponderán a representantes de organizaciones de personas con discapacidad, disponiendo en el propio artículo 6, la forma de elección de estos representantes de la organizaciones de personas con discapacidad.

Con la creación del Centro Nacional de Rehabilitación Integral para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad, se pretende la mejora de los servicios que el actual Patronato Nacional de Rehabilitación brinda, en pos de cumplir con el compromiso adquirido por el Estado costarricense de la tutela efectiva de los derechos de las personas con discapacidad, de acuerdo con lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificado por el país.

Ahora bien, se debe indicar, a nivel de la Caja mediante el CENARE se han realizados múltiples esfuerzos en aras de brindar la atención integral en salud a dicha población, sobre todo con la incorporación de un modelo de atención Bio-sicosocial, así como los esfuerzos de otros servicios ofrecidos por la Caja.

La propuesta de transformación funcional del PANARE a Cenaridis, permite establecer acciones integrales e inclusivas en atención de necesidades de rehabilitación de población en situación de discapacidad (acciones orientadas a que las personas con discapacidad logren y mantengan la

máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y la participación plena en todos los aspectos de la vida), acciones todas ellas que se complementan y no duplican con las funciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Esta propuesta no implica para la CCSS la ejecución de acciones diferentes a las que actualmente realiza y se crea una institución responsable de la rehabilitación integral del discapacitado, siendo que la CCSS se aboca a la rehabilitación funcional neuro-musculo-esquelética.

Un aspecto importante a tener presente, es que a la organización que se pretende crear, el proyecto de ley le otorga una exoneración de carácter subjetivo general sobre cualquier impuesto, tasa o timbre, así como la exoneración del pago por concepto de derechos de inscripción en el Registro Público de todas las operaciones relativas a los bienes inmuebles que constituyan o llegaran a constituir su patrimonio, todo ello con el fin de otorgar un beneficio fiscal a la nueva organización para permitirle conseguir sus fines.

CONCLUSIÓN.

Esta Gerencia de conformidad con los criterios externados, ha considerado que el proyecto de ley, al pretender la transformación funcional del PANARE a Cenaridis, permite establecer acciones integrales e inclusivas en atención de necesidades de rehabilitación de población en situación de discapacidad, acciones que se complementan y no duplican con las funciones de la Caja Costarricense de Seguro Social, por ende no existiendo ningún roce de legalidad”.

Por lo tanto, tomando en consideración lo anteriormente señalado, y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** emitir criterio de no oposición al Proyecto de ley consultado, que se tramita bajo el expediente N° 18.658.

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 18°

Se tiene a la vista la consulta en relación con el expediente número 18.693, Proyecto reforma a la Ley 8444 (modificación a la Ley reguladora de todas las exoneraciones vigentes, su derogatoria y sus excepciones, N° 7293), que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.37.746-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 21 de julio del presente año, número CEPD-049-2014, suscrita por la señora Rosa María Vega Campos, Jefa de Área de la Comisión Especial que estudia los temas de discapacidad, de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, en el oficio N° GM-SJD-5491-2014 del 31 de julio del año en curso, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de este modo, en lo conducente:

“En atención al oficio JD-PL-0454-14 del 21 de julio del 2014, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio de fecha 31 de julio del

2014, suscrito por la señora Rosa María Vega Campos de la Comisión Especial que estudia los temas de discapacidad, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

I ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

En principio se debe indicar que actualmente existe otro proyecto de ley (expediente N° 18.221) en la misma línea de reformar el artículo 2 de la Ley N°8444, el cual pretende a grandes rasgos sanear una aparente discriminación que se podría desprender de dicho artículo en el cual se establecen las limitaciones físicas, que legitiman a los beneficiarios para acceder a la exención de impuestos prevista en el artículo 1° de dicha ley mediante la cual se adiciona el artículo 2° de la Ley N° 7293. Según se indica en la exposición de motivos del proyecto de reforma, tal y como está redactado el actual artículo 2° de la Ley N° 8444 se revictimiza a ciertas personas con discapacidad las cuales son acreedoras de la exención tributaria respecto a la adquisición de vehículos que facilitan su desplazamiento, además de que dicha ley limita de forma injustificada el acceso de alguna de estas personas al beneficio fiscal, debido al establecimiento de ciertas condiciones carentes de estudios y que no concuerdan con los principios de razonabilidad y proporcionalidad.

Ahora bien, el proyecto que este ente analizará, pretende más allá de reformar el artículo descrito, y propone una reforma de los artículos tres y cuatro, señalando dentro de la exposición de motivos del proyecto no solo que la ley presenta una serie de disposiciones erróneas que generan situaciones de discriminación en contra de las personas con discapacidad beneficiarias de la exoneración, pues se les revictimiza y se les limita de forma injustificada su acceso a la prerrogativas, así como establecer un tope máximo del vehículo mediante el mecanismo de salarios base, tomando en consideración que dichos bienes son susceptibles de una rápida depreciación en su valor.

Por último se considera que se debe ajustar el párrafo tercero del artículo cuarto, pues según el criterio de quien plantea el proyecto, este deviene en discriminatorio y carente de justificación, ello por cuanto obliga a la persona beneficiaria a cumplir con al menos el 50% del plazo de vigencia de la exoneración en caso de robo o pérdida total por accidente para poder obtener nuevamente un vehículo libre de tributos.

II. ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY

Ésta Gerencia a fin de externar criterio sobre el presente proyecto de ley ha procedido a solicitar los siguientes criterios técnicos:

1. Criterio Técnico: oficio CNR.DG.482-14 de fecha 28 de julio del 2014, del CENARE. .
2. Criterio Técnico: Dr. Cesar Delgado González del Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
3. Criterio Legal: Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de Acuerdos de Junta Directiva.

SOBRE LA AUTONOMIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

En principio debe quedar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social se posiciona dentro del ámbito nacional como la entidad estatal prestadora directa de los servicios de salud para toda la población, y en virtud de ello, dentro de nuestro Ordenamiento Jurídico se contemplan diferentes disposiciones que garantizan el logro de la finalidad que le corresponde cumplir. Al respecto, la Sala Constitucional, en labor de interpretación progresiva de las normas, ha precisado:

“En el caso particular de nuestro país, ha sido la Caja Costarricense del Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo en consecuencia instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, contando para ello no solo con el apoyo del Estado mismo, sino que además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población con las cotizaciones para el sistema”

Al analizar la finalidad perseguida por el constituyente al aprobar la inclusión de la Caja dentro del texto constitucional, según consta en las Actas No. 125 y No. 126 de la Asamblea Nacional Constituyente, dentro de las discusiones realizadas en torno a dicho asunto resulta importante destacar la participación del Constituyente Volio Jiménez, quien con relación a la autonomía de esta Institución, en su oportunidad: "Insistió en que no le parecía adecuado debilitar la Caja. Lo prudente es fortalecerla. De ahí que lo más aconsejable es dejar las cosas como están, dándole a la Caja plena autonomía para independizarla así del Poder Ejecutivo"; y además agrega que : "Todo lo que signifique limitar los recursos del Seguro Social, indudablemente será un retroceso inexplicable". -lo resaltado no corresponde al original-

En ese sentido, debe quedar claro que la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma de rango constitucional cuyo fin primordial es la tutela de la seguridad social y la salud. Por ello, según lo establecido en los artículos 73 de la Constitución Política y 1º 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 general; 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”.

Dado lo anterior, en el ámbito de la salud dicho ente tiene como misión brindar atención integral en salud a la población en general, además de otorgar pensiones y otras prestaciones económicas y sociales, de acuerdo con la ley.

Es claro entonces que, le corresponde a la Caja el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales que a nivel público se brindan a 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” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución N.º 798-2009. En igual sentido ver resoluciones N.º 18855-2008, 18452-2008, 17250-2008).

SOBRE EXONERACION DE IMPUESTOS A VEHICULOS

La Ley N° 8444, adicionó al artículo 2, de la Ley reguladora de todas las exoneraciones vigentes, su derogatoria y sus excepciones, N° 7293, de 31 de marzo de 1992, lo siguiente:

“Artículo 2º-Excepciones:

(...)

- u) Se exonera del pago de tributos los vehículos automotores importados o adquiridos en el territorio nacional, destinados al uso exclusivo de personas que presenten limitaciones físicas, mentales o sensoriales severas y permanentes, las cuales les dificulten, en forma evidente y manifiesta, la movilización y, como consecuencia, el uso del transporte público.”

Para lo anterior, se dispuso que la personas con dichas limitaciones debía solicitar al Centro Nacional de Rehabilitación, Dr. Humberto Araya Rojas, o al Departamento de Valoración de la Invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la determinación si el paciente cumple lo dispuesto en el artículo 2º de la presente ley; constancia que será vinculante para el Ministerio de Hacienda, a los efectos de reconocer el beneficio de la exoneración.

Lo ahí dispuesto se ha venido realizando por la Institución mediante las constancias respectivas únicamente en cuanto a las limitaciones físicas que presenta la persona.

SOBRE EL PROYECTO DE LEY EN CUESTIÓN

Para tener un panorama claro de lo que el proyecto de ley en mención propone, resulta importante detallar a continuación los artículos que actualmente se encuentran vigentes y los que están siendo propuestos:

ARTICULOS VIGENTES LEY N°8444	ARTICULOS PROPUESTOS PROYECTO DE LEY
Artículo 2º- Son limitaciones físicas, mentales o sensoriales severas y permanentes, las que afectan el sistema neuro-músculo-esquelético,	ARTÍCULO 1.- Refórmase el artículo segundo de la Ley N.º 8444 (Modificación de la Ley Reguladora de

<p>la parálisis parcial o completa de las extremidades inferiores, la amputación de una o ambas extremidades inferiores sobre la rodilla, los problemas conductuales o emocionales severos, así como la ceguera total. En estos casos, la persona, para su movilización, deberá depender total o parcialmente de asistencia personal, de una silla de ruedas u otra ayuda técnica. Esta última se entiende como todo elemento requerido por una persona con discapacidad para mejorar su funcionalidad y garantizar su independencia.</p>	<p>Todas las Exoneraciones Vigentes, sus Derogatorias y sus Excepciones), de 17 de mayo de 1995, que en adelante dirá. “Artículo 2.- Son limitaciones físicas, mentales o sensoriales severas y permanentes, las que afectan el sistema neuro-músculo-esquelético, la parálisis parcial o completa de las extremidades inferiores, la amputación parcial o completa de una o ambas extremidades inferiores, los problemas conductuales o emocionales severos, así como la ceguera total. En estos casos, la persona, para su movilización, deberá depender total o parcialmente de asistencia personal, de una silla de ruedas u otra ayuda técnica. Esta última se entiende como todo elemento requerido por una persona con discapacidad para mejorar su funcionalidad y garantizar su independencia.”</p>
<p>Artículo 3º- El valor tributario del vehículo adquirido al amparo de esta ley, no podrá exceder el tope máximo de los treinta y cinco mil dólares moneda de curso legal de los Estados Unidos de América (US \$35.000.00) o su equivalente en colones. La Dirección General de Hacienda determinará el valor del vehículo. El vehículo adquirido al amparo de la presente ley, solo podrá ser conducido por el beneficiario y en situaciones especiales o en caso de que su discapacidad se lo impida, por otras dos personas debidamente autorizadas por el beneficiario, al formalizar la solicitud ante la Dirección General de Hacienda del Ministerio de Hacienda.</p>	<p>ARTÍCULO 2.- Refórmase el artículo tercero de la Ley N.º 8444 (Modificación de la Ley Reguladora de Todas las Exoneraciones Vigentes, sus Derogatorias y sus Excepciones), de 17 de mayo de 1995, que en adelante dirá. “Artículo 3.- El valor tributario del vehículo adquirido al amparo de esta ley, no podrá exceder el tope máximo de cincuenta salarios base fijados para el puesto de auxiliar uno del Poder Judicial; la Dirección General de Hacienda determinará el valor del vehículo. El vehículo adquirido al amparo de la presente ley, solo podrá ser conducido por el beneficiario y, en situaciones especiales o en caso de que su discapacidad se lo impida, por otras dos personas debidamente autorizadas por el beneficiario, al formalizar la solicitud ante la Dirección General de Hacienda del Ministerio de Hacienda.</p>
<p>Artículo 4º- La persona beneficiaria gozará, en forma exclusiva, de la exoneración del vehículo, por un período no menor de siete años, posteriormente podrá prorrogarla o trasladar el vehículo a terceros: en el primer caso deberá efectuar los trámites respectivos</p>	<p>ARTÍCULO 3.- Refórmase el artículo cuarto de la Ley N.º 8444 (Modificación de la Ley Reguladora de Todas las Exoneraciones Vigentes, sus Derogatorias y sus Excepciones), de 17 de mayo de 1995, que en adelante dirá.</p>

<p>antes del vencimiento del plazo de exención y, en el segundo, deberá notificar, por escrito, el traslado al Departamento de Exenciones del Ministerio de Hacienda y el adquirente deberá cancelar de inmediato los tributos que el vehículo en cuestión adeuda.</p> <p>En el caso de traslado el beneficiario gozará del derecho a obtener otro vehículo exonerado, sucesivamente, cada siete años.</p> <p>En el caso de robo o accidente, si el vehículo es declarado con pérdida total, el beneficiario deberá completar el período faltante de los siete años del beneficio de la exoneración vigente, en un cincuenta por ciento (50%), para tramitar nuevamente la solicitud de otro vehículo exonerado. En ninguna circunstancia, se podrá contar con dos o más vehículos exonerados a la vez.</p>	<p>“Artículo 4.- La persona beneficiaria gozará, en forma exclusiva, de la exoneración del vehículo, por un período no menor de siete años, posteriormente podrá prorrogarla o trasladar el vehículo a terceros; en el primer caso deberá efectuar los trámites respectivos antes del vencimiento del plazo de exención y, en el segundo, deberá notificar, por escrito, el traslado al Departamento de Exenciones del Ministerio de Hacienda y el adquirente deberá cancelar de inmediato los tributos que el vehículo en cuestión adeuda. En caso de traslado el beneficiario gozará del derecho a obtener otro vehículo exonerado, sucesivamente, cada siete años. En el caso de robo o accidente, si el vehículo es declarado con pérdida total, el beneficiario podrá tramitar de inmediato una nueva solicitud para adquirir otro vehículo exonerado. En ninguna circunstancia, se podrá contar con dos o más vehículos exonerados a la vez de la presente ley.”</p>
---	--

Nótese entonces que lo que pretende el proyecto de ley es reformar el artículo 2° de la Ley N° 8444, simplemente ampliando la cobertura de los sujetos exentos, ya no solo para aquellas personas que presentan la amputación de una o ambas extremidades inferiores sobre la rodilla, sino también en aquellos casos de amputación debajo de la rodilla.

Por otro lado pretende modificar el artículo 3 el tope máximo del valor del vehículo de los treinta y cinco mil dólares moneda de curso legal de los Estados Unidos de América a cincuenta salarios base fijados para el puesto de auxiliar uno del Poder Judicial.

Así también pretende modificar lo regulado en el artículo 4 que señala que en caso de robo o accidente, si el vehículo es declarado con pérdida total, el beneficiario deberá completar el período faltante de los siete años del beneficio de la exoneración vigente, en un cincuenta por ciento (50%), para tramitar nuevamente la solicitud de otro vehículo exonerado, ahora lo pretendido es que el beneficiario no tenga que esperar completar el faltante de los siete años si no que este pueda tramitar de inmediato una nueva solicitud para adquirir otro vehículo exonerado.

En ese sentido la propuesta de ley es más incluyente en función de que modifica la limitación del nivel de amputación de miembros inferiores establecido en el texto del artículo No. 2 vigente. Consecuentemente la modificación propuesta propone incluir a personas con cualquier nivel de amputación de extremidades inferiores, eliminando la limitación de que debiera ser sobre el nivel de la rodilla.

Esta propuesta es inclusiva y promueve la igualdad de oportunidades para esta población. No implica para la CCSS la asignación de recursos ni la ejecución de acciones diferentes a las que actualmente realiza.

Dado lo anterior, se considera que el presente proyecto de ley no roza con las competencias constitucionales delegadas a la Institución.

CONCLUSION

Ésta Gerencia de conformidad con los criterios externados, y siendo que el proyecto de ley pretende la inclusión de la población con discapacidad como beneficiaria a la exoneración de impuestos para la adquisición de vehículos, generando por ende el trato igualitario en el nivel de discapacidad, al incluir a personas no solo con amputación de extremidades inferiores sobre la rodilla, sino la amputación parcial o completa de una o ambas extremidades inferiores, considera que el proyecto propuesto no roza con las competencias constitucionales delegadas a la Institución”.

Por consiguiente, tomando en consideración lo anteriormente señalado y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –por unanimidad- ACUERDA emitir criterio de no oposición al Proyecto de ley consultado, que se tramita bajo el expediente N° 18.693.

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

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

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera; la doctora Desireé Sáenz Campos, funcionaria de la Dirección de Farmacoepidemiología; las licenciadas Karina Aguilera Marín, Asesora de la Gerencia de Logística, la licenciada Gabriela Arias Soto, funcionaria de la Gerencia de Logística, y el licenciado Maynor Barrantes Castro, Jefe del Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios.

ARTICULO 19°

Conforme se dispuso en la sesión del 31 de julio recién pasado, se presentan las propuestas contenidas en los oficios que se detallan, que firma la señora Gerente de Logística:

- i) N° GL-17.966, de fecha 23 de julio del año 2014: propuesta adjudicación compra de medicamentos N° 2014ME-000049-05101, a través de Compr@red: ítem único: 6000 (seis mil) frascos del Complejo coagulante anti-inhibidor 500 U., (Sinónimo: Actividad de desviación del inhibidor del Factor VIII, polvo liofilizado estéril, frasco ampolla), código: 1-10-12-3995, oferta única en plaza; se recomienda adjudicar a favor de Baxter Export Costa Rica S.R.L., por un monto total de US\$2.985.000 (dos mil novecientos ochenta y cinco dólares).
- ii) N° GL-17.967, de fecha 23 de julio del año 2014: propuesta adjudicación compra de medicamentos N° 2014ME-000075-05101, a través de Compr@red: ítem único: 1110 (mil ciento diez) frasco-ampolla del Factor VIIa (rFVIIA) recombinante 2 mg (100 KUI), polvo liofilizado estéril frasco ampolla con diluyente; se recomienda adjudicar a favor de Inversiones y Desarrollos Morro S.A., oferta única en plaza, por un monto total de

US\$2.035.740 (dos millones treinta y cinco mil setecientos cuarenta dólares); modalidad de la compra: prorrogable, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un período más de aproximadamente un año, para un total de dos períodos.

Seguidamente, se consigna el detalle de las láminas que conciernen a la presentación de los citados concursos:

a) GERENCIA DE LOGÍSTICA
07 DE AGOSTO DEL 2014.

b)

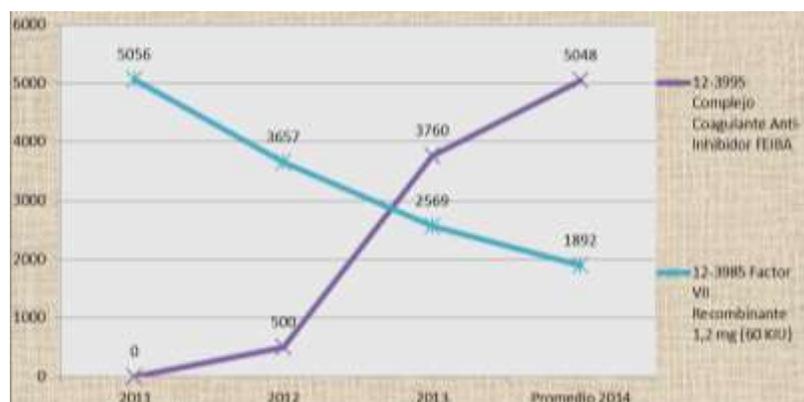
1. Factor VII-a. Código Institucional 1-10-12-3985
2. Complejo coagulante anti-inhibidor- (FEIBA) 1-10-12-3995

Para la atención de 22 pacientes CRONICOS y algunos pacientes con necesidades agudas.

c) Factor VIIa / Complejo coagulante anti-inhibidor.

Dirección de Farmacoepidemiología Análisis Comportamiento de DDD Histórico Pacientes en Tratamiento							Promedio anual & datos a junio-14
Código 1-10	Descripción	Unidad	2011	2012	2013	Promedio 2014	
12-4000	Factor VIII 500 a 600 U.I. fco-amp 5,10 o 20 ml	fa	16971	19950	22471	25056	
12-3820	Factor IX 500 ud. fco-amp 5 ml	fa	8343	9446	6014	6092	
12-3990	Factor VIII De 250 a 300 Ui fco-amp 5 ml	fa	11636	6755	6643	5480	
12-3995	Complejo Coagulante Anti-Inhibidor FEIBA	fc	0	500	3760	5048	
12-3985	Factor VII Recombinante 1,2 mg (60 KIU)	fa	5056	3657	2569	1892	

c) Factor VIIa / Complejo coagulante anti-inhibidor
Histórico Despachos Factores, Grupo 12
2011 – 2014.



e) Ejercicio de precios.

- Si se compra la totalidad de Frascos Ampolla de Factor VII al precio de este medicamento, el monto total sería de:
- $6.000 \text{ FA} + 1110 \text{ FA} = 7.110 \text{ FA} \times \$ 1.834,00 =$
- \$ 13.039.740,00.
- Actualmente se están adquiriendo 1.110 FA. De Factor VII a \$ 1.834,00 cada frasco y 6.000 FA. De Complejo Coagulante a \$ 497,50 cada FA, para un total sumado entre ambos concursos de:
- \$ 5.020.740,00.
- Diferencia a favor de la institución de:
- \$ 8.019.000,00.

f) Compra de Medicamentos
No. 2014ME-000049-05101.

Complejo coagulante anti-inhibidor 500 U. Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla con diluyente, agua estéril para inyección. Frasco ampolla con 20 ml. y set de infusión y equipo para infusión. No contiene preservantes. Código: 1-10-12-3995.

g) Antecedentes

- Proveedor precalificado - Ley de 6914.
- Cuenta con registro Sanitario del Ministerio de Salud.
- Producto aprobado por el Laboratorio de Normas y control de Calidad de Medicamentos de la Caja.
- Una sola oferta presentada.
- Trámite realizado a través de la plataforma electrónica de compras Compr@red.

h)

Complejo coagulante anti-inhibidor 500 U. Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla con diluyente, agua estéril para inyección. Frasco ampolla con 20 ml. y set de infusión y equipo para infusión. No contiene preservantes. Código: 1-10-12-3995. Compra de Medicamentos No. 2014ME-000049-05101.

Para que se utiliza: Tratamiento y profilaxis de hemorragias en pacientes con hemofilia A con inhibidor del F. VII. *(Fuente: http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Complejo_coagulante_antiinhibidor.pdf)*

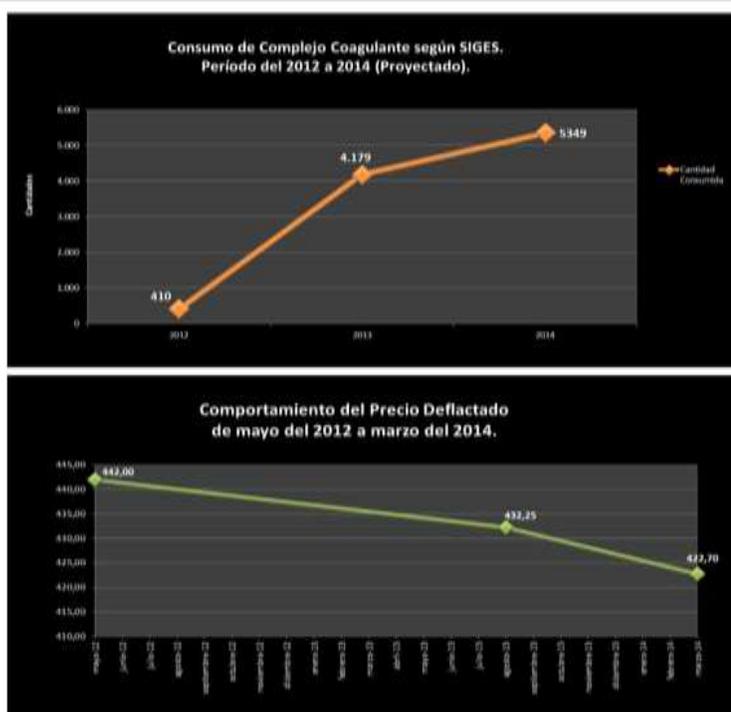
- Cantidad: 6.000 Frascos.
- Fecha de invitación: 14 de marzo del 2014 vía Compr@red.
- Participantes: 01 oferentes de 01 inscritos en el Registro de Proveedores de Medicamentos.

Oferta:	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.
BAXTER EXPORT COSTA RICA S.R.L. OFERTA EN PLAZA.	

- Apertura : 20 de marzo del 2014.
- Modalidad de la compra: Ordinaria.
- Situación actual del producto según SIGES: (al 06 de agosto del 2014)

DESCRIPCION	CANTIDAD	COBERTURA
Inventario actual en el Almacén General.	2.363,00 FC.	6,25 meses.
TOTALES	2.363,00 FC.	6,25 meses.
Consumo Promedio.	377,56 frascos/mes.	

i)



j) Oferta Participante inscritos en el Registro Precalificado Ley 6914:

Oferentes	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total	Observaciones	Sistema Valoración de ofertas %
BAXTER EXPORT COSTA RICA S.R.L. OFERTA EN PLAZA.	6.000 FA.	\$ 497,50	\$ 2.985.000,00	UNICA OFERTA.	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.

Razonabilidad del Precio

Mediante oficios No. ACC-0724-2014, de fecha 03 de abril del 2014, el Área de Contabilidad de Costos, avala técnicamente el estudio de razonabilidad del precio, elaborado por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual, indica que el precio ofertado es razonable. Asimismo indica, entre otras cosas, lo siguiente:.

Análisis del precio en dólares. 2014ME-000049-05101 (COMPRA RED) Complejo Coagulante Anti-Inhibidor.

Fecha de Apertura	Concurso	Oferente	Pais Origen	Cantidad	Δ %	Precio Unitario \$	Δ %	Precio deflactado (1)	Δ %
29/05/2012	2012LN-000008-5101	Baxter Export Costa Rica S.R.L.	Austria	2,000		499.75		442.030	
12/08/2013	2013ME-00149-5101	Baxter Export Costa Rica S.R.L.	Austria	4,500	125%	499.75	0.0%	432.250	-2%
20-Mar-14	2014ME-000049-05101	Baxter Export Costa Rica S.R.L.	Austria	6,000	33%	497.50	-0.5%	422.696	-2%
Mediana del precio	437.13981								

(1) Se utiliza como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook, octubre 2013. Año Base 2005 = 100.

k)

Criterio Legal:

Mediante oficio No. DJ-03286-2014, de fecha 27 de mayo del 2014, la Dirección Jurídica indica que otorga el visto bueno para que se proceda con el dictado del acto de adjudicación por parte de la Junta Directiva.

l) Recomendación:

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente electrónico visible en el sitio Compr@red, del procedimiento No. 2014ME-000049-05101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones recomienda elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, según el siguiente detalle:

- OFERTA UNICA: BAXTER EXPORT COSTA RICA S.R.L., oferta en plaza.

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
UNICO	COMPLEJO COAGULANTE ANTI-INHIBIDOR 500 U. (Sinónimo: Actividad de desviación del inhibidor del Factor VIII, polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla.	6.000 Frascos.	\$ 497,50 cada Frasco.	\$ 2.985.000,00

Demás condiciones y especificaciones de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

m) Propuesta de acuerdo:

Por consiguiente, conocida la información presentada por la señora Gerente de Logística, que concuerda con los términos del oficio N° GL-17.966-2014 de fecha 23 de julio del presente año y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva ACUERDA:

ACUERDO PRIMERO: adjudicar a favor de la empresa Baxter Export Costa Rica S.R.L., oferta única, oferta en plaza, el renglón único de la compra de medicamentos tramitada mediante la plataforma de compras electrónicas Compr@red No. 2014ME-000049-05101, promovida para la adquisición de Complejo Coagulante, según el siguiente detalle :

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
UNICO	COMPLEJO COAGULANTE ANTI-INHIBIDOR 500 U. (Sinónimo: Actividad de desviación del inhibidor del Factor VIII, polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla.	6.000 Frascos.	\$ 497,50 cada Frasco.	\$ 2.985.000,00

Entregas: 2 con 3 meses de intervalo.

Modalidad de la compra: Ordinaria.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

- n) Compra de Medicamentos
No. 2014ME-000075-05101.

Factor VIIa (rFVIIa) recombinante 1,2 mg. (60 KUI) Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla. Con diluyente (2,2 ml. de agua estéril para inyección FEU). Ampolla ó Frasco ampolla. Con equipo para inyección ó Factor VIIa (rFVIIa) recombinante 2 mg. (100 KUI) Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla.
Código: 1-10-12-3985.

- o) Antecedentes.

- Proveedor precalificado - Ley de 6914.
- Cuenta con registro Sanitario del Ministerio de Salud.
- Producto aprobado por el Laboratorio de Normas y control de Calidad de Medicamentos de la Caja.
- Una sola oferta presentada.
- Trámite realizado a través de la plataforma electrónica de compras Compr@red.

- p) Factor VIIa (rFVIIa) recombinante 1,2 mg. (60 KUI) Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla. Con diluyente (2,2 ml. de agua estéril para inyección FEU). Ampolla ó Frasco ampolla. Con equipo para inyección ó Factor VIIa (rFVIIa) recombinante 2 mg. (100 KUI) Polvo liofilizado estéril. Frasco ampolla.
Código: 1-10-12-3985.

Compra de Medicamentos No. 2014ME-000075-05101.

Para que se utiliza: Tratamiento de episodios de sangrado en pacientes con hemofilia A o B cuando están presentes factores inhibidores de factor VIII ó factor IX. (Fuente: Formulario Terapéutico Institucional).

- Cantidad: 1.110,00 Frascos ampolla.
- Fecha de invitación: 23 de abril del 2014 vía Compr@red.
- Participantes: 01 oferentes de 02 inscritos en el Registro de Proveedores de Medicamentos.

Oferente	
INVERSIONES Y DESARROLLOS MORRO S.A. OFERTA EN PLAZA.	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.

- Apertura: 29 de abril del 2014.
- Modalidad de la compra: Prorrogable hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.
- Situación actual del producto según SIGES: (al 06 de agosto del 2014).

DESCRIPCION	CANTIDAD	COBERTURA
Inventario actual en el Almacén General.	963,00 FA.	4,75 meses.
TOTALES	963,00 FA.	4,75 meses.
Consumo Promedio.	202,68 frascos ampolla/mes.	

q)



r) Oferta Participante inscritos en el Registro Precalificado Ley 6914:

Oferentes	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total	Observaciones	Sistema Valoración de ofertas %.
INV. Y DESARROLLOS MORRO S.A. OFERTA EN PLAZA .	1,110 FA.	\$ 1.834,00	\$ 2.035.740,00	UNICA OFERTA.	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.

Razonabilidad del precio:

Mediante oficios No. ACC-1060-2014, de fecha 22 de mayo del 2014, el Área de Contabilidad de Costos, avala técnicamente el estudio de razonabilidad del precio, elaborado por el Área Gestión de Medicamentos, en el cual, en el cual, indica que el precio ofertado es razonable. Asimismo indica, entre otras cosas, lo siguiente:

Tabla 2. Análisis del precio en dólares. 2014ME-000075-05101

Factor VIIA (RFVLLA) 2 mg (100 KUI). Polvo liofilizado estéril, frasco ampolla con diluyente.

Fecha de Apertura	Concurso	Oferente	País Origen	Cantidad en frascos de 2 MG	Δ %	Precio Unitario US\$ por frasco 2 MG	Δ %	Precio deflactado [1]	Δ %
31-may-13	2013ME-000073-5101	INVERSIONES Y DESARROLLOS EL MORRO S.A.	Dinamarca	1.250		1.834,00		1.569,614	
10-ene-14	2013ME-000233-05101	INVERSIONES Y DESARROLLOS EL MORRO S.A.	Dinamarca	1.200	-4%	1.834,00	0%	1.559,206	-1%
29-abr-14	Concurso Actual: 2014ME-000075-05101	INVERSIONES Y DESARROLLOS EL MORRO S.A.	Dinamarca	1.110	-8%	1.834,00	0%	1.559,206	0%
Mediana del Precio								1.564,410	

[1] Se utiliza como deflactor el índice de precios implícito del PIB de cada país. Fuente: Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook, abril 2014. Año Base 2006 = 100.

s) **Criterio Legal:**
Mediante oficio No. DJ-04469-2014, de fecha 07 de julio del 2014, la Dirección Jurídica indica que otorga el visto bueno para que se proceda con el dictado del acto de adjudicación por parte de la Junta Directiva.

t) **Recomendación:**
De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente electrónico visible en el sitio Compr@red, del procedimiento No. 2014ME-000075-05101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones recomienda elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, según el siguiente detalle:

- **OFERTA UNICA: INVERSIONES Y DESARROLLOS MORRO S.A., oferta en plaza.**

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
UNICO	FACTOR VIIA (rFVIIA) RECOMBINANTE 2 MG (100 KUI) POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE.	1.110,00 Frascos ampolla.	\$ 1.834,00 cada frasco ampolla	\$ 2.035.740,00

Entregas: 4 con 3 meses de intervalo.

Modalidad de la compra: prorrogable: Una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

Demás condiciones y especificaciones de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

u) **Propuesta de acuerdo:**

Por consiguiente, conocida la información presentada por la señora Gerente de Logística, que concuerda con los términos del oficio N° GL-17.967-2014 de fecha 23 de julio del presente año y con base en la recomendación de la Ing. Garro Herrera, la Junta Directiva **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: adjudicar a favor de la empresa Inversiones y Desarrollos Morro S.A., oferta única, oferta en plaza, el renglón único de la compra de medicamentos tramitada mediante la plataforma de compras electrónicas Compr@red No. 2014ME-000075-05101, promovida para la adquisición de Factor VII-a, según el siguiente detalle :

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
UNICO	FACTOR VIIA (rFVIIA) RECOMBINANTE 2 MG (100 KUI) POLVO LIOFILIZADO ESTÉRIL FRASCO AMPOLLA CON DILUENTE.	1.110,00 Frascos ampolla.	\$ 1.834,00 cada frasco ampolla	\$ 2.035.740,00

Entregas: 4 con 3 meses de intervalo.

Modalidad de la compra: prorrogable: Una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales para poder ampliarla hasta por un (01) período más de aproximadamente un año, para un total de dos (02) períodos.

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

La doctora Sáenz Campos se refiere al Complejo coagulante anti-inhibidor 500g y señala que este medicamento en la Institución se emplea en pacientes que tienen Discrasia Sanguíneas, es decir, anormalidades con el Sistema de Coagulación. En este caso se trata del Factor VII que es uno de los doce factores empleados para la Cascada de Coagulación. Además, existe la opción que se denomina el FEIBA, Complejo coagulante anti-inhibidor, es un complejo de coagulación empleado como opción en lugar del Factor VII. Son productos utilizados, principalmente, en pacientes hemofílicos que tienen deficiencia de Factor VIII, dado que al tener Hemofilia, tienen anticuerpos que han generado por medio del año, al haber usado antes sustitución de factores, de manera que en este momento solo responden al uso de aplicar el Factor VII o, eventualmente, para el manejo de sangrado leves o moderados, la posibilidad de emplear el producto FEIBA como opción. A partir de los años 2011 y 2012, el Comité Central de Farmacoterapia planteó la posibilidad de que en lugar de usar solo Factor VII para los pacientes hemofílicos que tenían anticuerpos, se abriera la posibilidad de disminuir el consumo de este tipo de Factor, al ser de un elevado costo.

A propósito de una consulta del Director Loría Chaves, responde la doctora Sáenz Campos que el Factor VII, al ser un producto de un costo elevado, se usa en pacientes hemofílicos que presentan un sangrado grave. Aclara que cuando el paciente presenta un sangrado de esa naturaleza, implica la administración de varios frascos, la dosis se calcula por kilo de peso, por ejemplo, hay esquemas en los que se aplican entre diez y doce frascos o más, porque se trata de un sangrado delicado que pone en riesgo vital, la vida de la persona y si no se utiliza este medicamento, va a fallecer el paciente. Menciona que la Institución tiene veintidós pacientes hemofílicos, cuando algún paciente está con sangrado grave, es donde se les aplica este Factor VII y cuando están con sangrado leve o moderado, se trata de sangrado de rodillas, de codos, por ejemplo, se utiliza el FEIBA, que tiene ese uso diferenciado, pero la situación de gravedad es cubierta con el Factor VII. Como ilustración, uno de los gemelos de Nicoya está internado en el Hospital México porque tuvo un accidente de tránsito, una amputación de un brazo y está consumiendo sesenta frascos cada tres días, hasta que se detenga la hemorragia. De modo que los perfiles de consumo no son estables como otros medicamentos, dado que un hemofílico tiene un problema y presenta un sangrado severo, se requiere de gran cantidad de frascos, porque existe un riesgo de muerte inminente. En ese sentido, la Institución ha realizado un gran esfuerzo de contar con los dos medicamentos para hacer un uso diferenciado. Estos productos son innovadores, de primera línea y esenciales, solo existe en el mundo una empresa que produce los medicamentos de esa naturaleza, porque los factores de coagulación el FEIBA es un hemoderivado, pero el Factor VII es biosintético, por ese motivo el costo es elevado y no existe un medicamento genérico, o sea, no existe una opción diferente que se le pueda ofrecer a los pacientes.

Recuerda el Director Devandas Brenes que esta es la segunda votación que se realiza para la compra del medicamento, la primera vez fue cuando inició la Junta Directiva y se aprobó una ampliación de la compra del producto. En esa oportunidad el Dr. Albín Chaves indicó que había

veintiséis pacientes hemofílicos y se solicitó un estudio a la Auditoría. Del estudio realizado se determinó que son dieciséis pacientes y no veintiséis, además que el 86% de este producto lo consumen dos pacientes, al analizar la regularidad de las recetas despachadas por la Farmacia. Solicita que antes de que se apruebe la compra, los funcionarios de la Dirección de Farmacoterapia realicen una investigación a fondo en las Farmacias, para determinar si corresponde. Entiende cuando la Dra. Sáenz Campos indica que cuando se presenta una emergencia se puede consumir gran cantidad del medicamento, pero en el Informe de la Auditoría se indica que hay meses en que los consumos son elevados, cada cinco días, sobre el particular, manifiesta su preocupación. Aclara que la vez anterior cuando se votó la ampliación de la compra del medicamento y se dio la explicación, lo votó positivo, incluso, conmovido de que un país como Costa Rica, pueda realizar un esfuerzo de esta naturaleza para salvar la vida a estas personas y, especialmente, al ejemplo que en esa oportunidad se indicó de un niño de Cartago, que el costo del medicamento había sido de trescientos millones de colones en tres días. Reitera su solicitud en términos de que antes de votar la compra en consideración y conociendo que no existe un faltante en los inventarios, se presente con carácter de urgencia una investigación que demuestre que, efectivamente, este medicamento se está utilizando en estos pacientes. Solicita que si los señores Directores le apoyan, adelanta que su voto sería negativo, porque no tiene claridad en qué pacientes se emplea el medicamento.

Ante la inquietud de la señora Presidenta Ejecutiva en términos de que se indique el esquema de tratamiento del medicamento, la Dra. Sáenz Campos anota que el Factor VII es un medicamento de uso especializado, solo es prescrito por los Hematólogos, la Institución tiene centralizado el manejo de control de hemofilia en el Hospital México, de manera que la rotación de ese medicamento pasa por el tamiz de la Jefatura del Servicio de Hematología de ese Hospital. Al ser un producto de uso hospitalario, por ejemplo, si un frasco se traslada a cualquier hospital del país, se hace bajo el despacho de una receta médica y no se le da al paciente para que lo lleve a la casa per se, sino se trata de un paciente que está egresado y en su hospitalización presenta sangrando, por lo que van a empezar a darle cada dos horas como diez o veinte frascos y le van a pasar un esquema cada dos horas de diez o veinte frascos durante, o sea, dos, tres, cuatro, cinco días y no se logra determinar cuántos frascos va a requerir el paciente, cuando está en el evento de sangrado. Destaca que en la vida real, es impredecible conocer cuándo un paciente hemofílico que tiene estas condiciones, va a estar ante un trauma o ante cualquier otra situación que le provoque un sangrado severo. Por otro lado, los pacientes tienen su esquema profiláctico que es para sustituir cuando no está el sangrado activo grave, a estos pacientes se les da medicación, cada dos o tres días, se les aplica el medicamento para mantener su estado de un nivel de coagulación suficiente para que no estén sangrando. Ahí es donde se determinan algunos esquemas de un uso más continuado, pero con un enorme número de frascos versus el caso que está ahora sangrando, hospitalizado. Reitera que los frascos no se prescriben para la casa, si no se les administra en el hospital para poder contener esas situaciones. En ese sentido, los consumos o la cantidad de frascos que un paciente individual se lleva en el curso del tiempo son variables, depende de la condición en que se encuentre. Si está sangrando, hospitalizado va a recibir muchos frascos y si está ambulatorio va a recibir menos frascos porque está, supuestamente, bien de alguna manera. Indica que eso explica por qué a veces se dan estas variaciones en los consumos.

El Director Barrantes Muñoz señala que partiendo de una consideración general, sumando estos dos trámites de compras, tienen que de setiembre del año 2013 a la fecha, la compra de este medicamento para este grupo de pacientes es de alrededor de ocho millones de dólares. En ese

sentido, le preocupa los aspectos relacionados con criterios de inventario, porque para la media de consumo se estaría comprando para cinco meses. Por otro lado, existe el tema de la razonabilidad del precio y en este punto el criterio jurídico es contundente y reiterativo en que este es un tema de absoluta y exclusiva responsabilidad de la administración, pero se vincula con el hecho de que cuando se analiza la consulta de precios de referencia a nivel internacional, la conclusión es en términos de que no existe criterio porque no hay elementos, o sea, esa consulta no aporta elementos significativos para tener una referencia de precios internacionales. En ese sentido, la preocupación que resalta es si cuando están en presencia de una población que necesita medicamentos de esa naturaleza y se requiere estos niveles de erogación, sino existen opciones distintas que permitan cumplir el objetivo de una manera mucho más razonable, en términos de lo que es la determinación de precios y la forma cómo se presenta en la Junta Directiva, hace énfasis en que le causa preocupación y así lo deja señalado. Por otra parte, la Auditoría en el informe que presentó sobre el tema, al final tiene un párrafo importante, el cual le parece que se debe tener presente, en el sentido de que concluye indicando: esta Auditoría continúa efectuando estudios de los casos concretos para verificar las razones que justifican la cantidad de unidades entregadas a los pacientes, además para efectuar una conciliación del inventario de ingresos y salidas del producto en el Área de Almacenamiento y Distribución y verificar el uso del medicamento entregado al Servicio de Hematología Stock. Considera que ese es un tema que, evidentemente, lo van a requerir porque este nivel de erogación implica también un nivel de seguimiento sumamente preciso, de forma tal, que se garantice que los objetivos se están cumpliendo de manera adecuada, segura y conforme con los objetivos para los cuales una contratación como esta se propone. Anota que esas son sus observaciones y no tendría por qué tener una preocupación de la necesidad, pero si es importante manifestar, la necesidad de que el tema sea más transparente en términos de procedimiento y si existen opciones para la Institución que les permita una adquisición, si pudiera ser menos onerosa, porque se está ante un proveedor único y no hay otra alternativa en el mercado local, según se informa en este documento, a nivel internacional. Recuerda que el otro día don Mario se refirió a las facultades que le otorga la Ley a la Institución de importar directamente y determinar si existen opciones de mejora y en ese sentido, que coadyuve en el cumplimiento del objetivo con una erogación más razonable.

La señora Presidenta Ejecutiva recoge las dos inquietudes manifiestas hasta el momento. Por un lado, el tema de la necesidad del medicamento y por el otro, la preocupación del control en el uso y en la gestión del medicamento. Además, de la búsqueda de opciones a las que ha utilizado la Institución. Indica que si les parece a los señores Directores se somete a votación la licitación y se toma un acuerdo en el sentido de que se presente un análisis, una investigación y una revisión sobre el uso que se ha hecho del consumo del medicamento, o sea, no solo de la compra, sino del consumo y luego el tema de la investigación del precio, es decir, la búsqueda de una opción de precio.

Interviene el Director Alvarado Rivera y pregunta si se tiene inventario suficiente para que no se someta a votación la licitación el día de hoy, de manera que se logre presentar en los próximos ocho días, la información solicitada por don Mario.

Sobre el particular, el doctor Devandas Brenes manifiesta no tener objeción alguna en votar la licitación de hoy en ocho días, en el entendido de que la Dirección de Farmacoterapia o la Gerencia Médica, envía una nota firmada en la que se asegure el uso del medicamento se ha corroborado y se presente el informe a la Junta Directiva. Pero se indique que, efectivamente, se demostró que los cuarenta frascos diarios con intervalos de quince días, un mes, quince días,

cuarenta, treinta frascos diarios, se utilizaron y se aplicaron en beneficio de un paciente, incluso, que se indique si ese paciente, desde el punto de vista médico, si esas dosis eran tolerables para el paciente y si estaba internado, cómo se despachó el medicamento y cómo se manejó. Si le dan una constancia profesional, en la que se indique que esos aspectos fueron corroborados, vota positivo. Aclara que el problema radica en que el informe le generó inquietudes y es mejor tener seguridad. Considera que de aquí al jueves no se presente un grave problema de desabastecimiento, y, eventualmente, el lunes próximo se realizará una sesión extraordinaria.

En cuanto al inventario del medicamento, señala la doctora Sáenz Campos que en el Almacén hay una cantidad de Factor VII, como lo indicó, el costo de cada frasco es de dos mil dólares y es el que se emplea en los casos de sangrado grave, es un producto que se despacha de Almacén. Considera que la confusión se da muchas veces en términos de su uso y aplicación es a nivel intrahospitalario, no se prescribe para que el paciente lo lleve a la casa. Indica que si no sucede algún evento especial, se tiene inventario a no ser que suceda una situación de demanda súbita.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación en el sentido de que el argumento dado en cuanto a si existe inventario de medicamento, para atender las situaciones que, eventualmente, se pueden presentar en ocho días, porque la Junta Directiva asumiría el riesgo de que se produzca un desabastecimiento del producto y no se logren atender las situaciones que se presenten.

Sobre el particular, la Ing. Garro señala que el plazo de entrega es de cuarenta y cinco días. Por otro lado, se hará un esfuerzo para que, si es posible se analice de nuevo el tema en la sesión extraordinaria programa para el lunes próximo, se realizará la investigación que solicitan los miembros de la Junta Directiva. Además, no se determina que exista problema en que la licitación se revise el próximo jueves, porque existe inventario del medicamento en el Almacén.

Insiste don Mario en que el informe tiene que ser completo, en el sentido de que se debe verificar que al paciente se le aplicó el medicamento y estaba hospitalizado y cómo se manejó la situación para tener la seguridad. Además, el documento incluya las corroboraciones necesarias para estar seguros de que, efectivamente, al medicamento se le está dando el uso para el cual la Institución está haciendo el gran esfuerzo de comprarlo, porque para los dieciséis pacientes que utilizan el producto se produce un gasto de ocho millones de dólares en un año, repite es un esfuerzo muy grande para la Seguridad Social.

La Dra. Sáenz Madrigal anota que el tema es muy específico, se relaciona con un comportamiento que no es de mercado típico, como lo indica la Dra. Sáenz Campos es por demanda. Por ejemplo, si un bus tiene un accidente y hay dos personas hemofílicas, a lo mejor se consume todo el inventario el fin de semana, aunque exista suficiente en el Almacén. Siente que es un tema muy complejo, no es tan fácil, no es una ciencia exacta; sin embargo, dado de que existe la posibilidad de hacer la revisión de aquí al lunes. Destaca que el control de los medicamentos como lo mencionó la doctora Sáenz Campos, está centralizado en el Hospital México, se conoce quiénes son los dieciséis o veintiséis pacientes y se tiene el informe de la Auditoría. Se deben revisar los expedientes pero no es una cantidad voluminosa. Estima que se puede dar ese espacio al lunes y se presente la información para poder tomar la decisión. Considera que existe una preocupación y el aprendizaje que está quedando sobre el tema es en la necesidad de que el protocolo de atención del paciente de consumo, se reporte a la Dirección de Farmacoterapia y no se tenga que solicitar cada vez que se gestiona una compra, si no que de una vez se establezca el Sistema de Reporte de Consumo, proyectarse preventivamente en el Sistema

y, posteriormente, hacer el análisis de las opciones de compra, pero para el lunes el informe que se detalló.

Ante una inquietud del señor Loría Chaves, señala la doctora Sáenz Madrigal que desde hace años hace años, precisamente, por ser un medicamento de tan alto costo y aunque hay Hematólogos en los Hospitales Nacionales, el Centro Nacional de Hemofilia está centralizado en el Hospital México, donde se atienden los pacientes, algunos pacientes que viven lejos se les siguen controles en otros lugares, pero sobre la base del Hospital México. En ese Hospital se les despacha los medicamentos para que sea administrado, por ejemplo, en el Hospital de Nicoya, como en el caso de los gemelitos, que van a fisioterapia y que en cada fisioterapia se les aplicaba las dosis que están reportadas.

Finalmente y con base en lo deliberado, se solicita información complementaria y se dispone, por unanimidad y mediante resolución firme, incluir las citadas propuestas en la agenda de la sesión extraordinaria programada para el 11 de agosto en curso, a las 8 a.m.

La doctora Sáenz Campos se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 20°

Se presenta el oficio N° GL-17.905-14, de fecha 23 de julio del año 2014, que firma la señora Gerente de Logística, que contiene el informe sobre las acciones desplegadas por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios frente a las impugnaciones a carteles de licitaciones respecto de las cláusulas penales; se atiende lo resuelto en el artículo 11° de la sesión número 8719 del 29 de mayo del año 2014.

La exposición está a cargo del licenciado Barrantes Castro, con base en las siguientes láminas:

- 1) **IMPUGNACIONES
DE CLÁUSULAS PENALES
EN CARTELES LICITATORIOS
ACCIONES DESPLEGADAS POR PARTE DEL ÁREA DE ADQUISICIONES DE
BIENES Y SERVICIOS.**

- 2) **Antecedentes.**

VMG Healthcare Products S.A.,
Solicita a CCSS derogue los puntos 5.2 a 5.2.7. de las Condiciones Generales
Con sustento en:
Resoluciones de la Sala I.

- 3) **RECURSOS DE OBJECION A CARTELES ANTE CGR y CCSS**
Comercializadora Médica Centroamericana S.A.
Recurrió las Cláusula Penales en Carteles
Se incluyeron directamente las Cláusulas Penales de las Condiciones Generales en el
Cartel
Resoluciones R-DCA-250-2014, R-DCA-329-2014 y R-DCA-382-2014.
Se logra mantener las Cláusulas Penales.

- 4) ACCIONES DEL AABS ANTE RESOLUCIONES CGR
Se incluyó en el Cartel la Justificación de las Cláusulas Penales de las Condiciones Generales
Cadena de abastecimiento
Impacto en el Derecho a la Salud.
- 5) CUARTO RECURSO DE OBJECCIÓN ANTE CGR
R-DCA-483-2014
Falta de fundamentación del Recurrente quien tiene la carga de la prueba
No demostró que las cláusulas carecieran de razonabilidad y proporcionalidad
Rechaza de plano el recurso.
- 6) CONCLUSIONES
- Se ha venido dando a la tarea de incorporar debidamente dentro de los Carteles Licitatorios la determinación de cláusulas penales.
 - Se han definido los criterios y el fundamento que da sustento al quantum establecido con el ánimo de resguardar la debida motivación de la conducta administrativa.
- 7) PROPUESTA DE ACUERDO.
De conformidad con el oficio GL-17.905-2014 emanado de la Gerencia de Logística y la recomendación realizada por la Ing. Dinorah Garro Herrera, Gerente de Logística la Junta Directiva Acuerda.
- 8) Propuesta de acuerdo:
- Acuerdo Único. Tener por recibido el informe de las acciones desplegadas por la Administración Activa que tienden a incorporar dentro de los carteles de la contratación las cláusulas penales y multas, no sin antes advertir, que de manera simultánea debe la Gerencia de Logística hacer de conocimiento de los proveedores institucionales el sustento de la conducta administrativa desplegada merced a las cargas que se le imponen a los eventuales proveedores incumplientes en las contrataciones públicas que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. Todo lo anterior con el propósito de salvaguardar el abastecimiento institucional de medicamentos e insumos médicos en pleno apego con los principios que informan la contratación administrativa y los derechos de los co-contratantes que se deben amparar en pos de la correcta tutela del interés público.
COMUNÍQUESE.

El licenciado Barrantes Castro refiere que, particularmente, se presenta este informe, dado que una compañía solicita, expresamente, a la Institución que se elimine los puntos del 5.2 al 5.2.7 de las Condiciones Generales que tiene establecidas la Caja para todo el país, mediante las cuales se regula las cláusulas penales y se realiza un cobro a las empresas, por los atrasos que se producen en las compras realizadas en el país. No obstante, la impugnación con mayor fuerza ha sido en el Área de Adquisiciones, pero el apartado es con aplicación nacional y esa solicitud la sustentan en Resoluciones de la Sala I y criterios jurisprudenciales que deben ser incluidas en los carteles, para que el proveedor tenga conocimiento sobre las cláusulas en cada concurso. Es la empresa Comercializadora Médica Centroamericana S. A., recurrió las cláusulas penales en los carteles de adquisiciones. Aclara, que las cláusulas penales y las condiciones generales aprobadas por la

Junta Directiva, se incluyen en la parte que corresponde dentro del cartel tal como lo indica la Sala I. Bajo ese ajuste, existe tres pronunciamientos de la Contraloría General de la República (CGR), donde dan por aceptado y válido lo solicitado, quedando pendiente solo la parte del monto, del quantum, por lo que el mismo proveedor impugna en las cláusulas penales donde se indica los porcentajes establecidos en las condiciones generales, en términos de que eran antojadizos y carecían de estudio por parte de la Institución, que garantizara o diera un resultado matemático del porque el porcentaje que se indica. Una vez realizado el estudio se determina que la gama de medicamentos es tan amplia y, matemáticamente, muy compleja por lo que se analizó desde la cadena del abastecimiento y revisión de calidad y el abasto desde Los Chiles hasta La Cuesta, en el sentido de que no deja de ser compleja esa distribución y sumado a la revisión de calidad, así como los exámenes de esterilidad, tienen plazos y se incluyen dentro de la misma cadena que sí rompe por atraso en la entrega, se altera toda la cadena indicada. Además, de incluir los porcentajes de las condiciones generales en el cartel, se hace la justificación bajo la logística del abastecimiento y calidad incluida en los carteles. La nueva fórmula justificada de las cláusulas, fue objetada por la compañía ante la Contraloría General de la República, ente que mediante la resolución reciente N° R-DCA-483-2014, otorga la razón y señala que el recurrente no fundamenta la impugnación a las cláusulas penales.

El Subgerente Jurídico recomienda que se dé respuesta a la compañía que interpuso el planteamiento.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° GL-17.905-14, de fecha 23 de julio del año 2014, que firma la señora Gerente de Logística, que contiene el informe sobre las acciones desplegadas por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios frente a las impugnaciones a carteles de licitaciones respecto de las cláusulas penales, que literalmente se lee de este modo, en lo pertinente:

“De conformidad con el oficio No. 32.081, de 02 de junio de 2014, así como oficio No. P.E.31.607-14, de 15 de mayo de 2014 este Despacho realizó solicitud al Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios mediante oficio GL-17.772-2014, de 17 de junio de 2014, a efecto de que se realizara una sinopsis de las acciones desplegadas a fin de atender la disconformidad planteada en distintas instancias por la empresa VMG Healthcare Products respecto de la incorporación de multas y cláusulas penales en los carteles específicos de las contrataciones públicas que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social.

Ante dicho requerimiento el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, atendió lo instruido mediante oficio No. AABS-1059-2014, de 27 de junio de 2014 procede a realizar el Informe respectivo sobre las acciones tomadas frente al tema de las Cláusula Penales, a cuyo efecto se considera:

“ANTECEDENTES

1. Las Cláusulas Penales fueron reguladas por mucho tiempo dentro de los Carteles Licitatorios de ésta Institución haciendo referencia al punto 5.2 de las Condiciones Generales Para La Contratación Administrativa Institucional De Bienes Y Servicios Desarrollada Por Todas Las Unidades Desconcentradas Y No Desconcentradas De La Caja Costarricense de Seguro Social.

2. En fecha 03 de abril de 2014 la empresa Comercializadora Médica Centroamericana S.A., presentó un recurso de objeción ante la Contraloría General de la República, en contra del Cartel del Concurso 2014LN-000009-5101, promovida por la Institución, en dicha ocasión la contratista argumentó en resumen lo siguiente:

- Dentro del cartel de licitación, la Administración señala que para este concurso regirá en lo que interesa lo siguiente: Rigen la Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento, así como las Leyes Conexas, además, las Condiciones Generales para la Contratación Administrativa Institucional de Bienes y Servicios desarrollada por todas las Unidades Desconcentradas y No Desconcentradas de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- La Institución siempre remite a la Condiciones Generales para la contratación administrativa en forma general y como parte integral del cartel, no obstante, preocupa que las cláusulas penales no se encuentran determinadas para este concurso en específico.
- Existe un evidente menoscabo en la falta de tipificación de la sanción y la falta de un estudio previo para cada licitación en particular crea y genera un desequilibrio en la relación contractual con el que se está afectando duramente al contratista, dado que no hay proporcionalidad ni razonabilidad suficiente en la imposición de la cláusula penales.
- La falta de razonabilidad y proporcionalidad se observa también dentro de la condición general 5.2.1 de la CCSS, cual establece el porcentaje del 25% por concepto de cláusula penal sin que lo anteceda tampoco un análisis y estudio técnico previo que razone y justifique cómo se llega a imponer ese 25% (tope máximo de porcentaje para la cláusula penal) a un contratista.
- Tampoco puede ser de recibido (sic) y escapa de toda razonabilidad que por encontrarse un producto desabastecido (inventario cero), inmediatamente se le castigue al contratista con la imposición de ese 25%, cuando el nivel de inventarios es una responsabilidad que sólo atañe a la administración y que de ninguna manera puede ser trasladada al contratista.

3. La CCSS responde la audiencia concedida por la Contraloría General de la República en tiempo y forma indicando:

- La aplicación de multas y cláusulas penales en los contratos administrativos deriva de la potestad sancionatoria de la Administración. Precisamente, resulta del todo inútil que la Administración Pública ejerza un poder de dirección y control de la ejecución de los contratos administrativos, si al mismo tiempo carece de la potestad para sancionar las faltas del adjudicatario, ya sea porque incumple lo convenido en el contrato administrativo correspondiente, o bien porque desobedece las instrucciones que la Administración dicta dentro de la relación contractual administrativa
- La Cláusula Penal, reviste en materia contractual una naturaleza disuasiva-componedora en el sentido de el cabal cumplimiento de las obligaciones contraídas, pues el deudor se expone a una sanción pecuniaria en caso de que incumpla o cumpla defectuosamente con

la obligación pactada, y es esa eventual sanción, la que persuade a la parte a cumplir con su obligación contractual. En este punto es menester recordar que uno de los principios fundamentales que rigen a la contratación Administrativa es el principio de la Buena Fe, del que se derivan entre otras cosas, el cabal cumplimiento de la obligaciones contraídas, debiendo actuar siempre y en todo momento ambas partes, desde la fase inicial hasta la propia ejecución contractual, de forma orientada única y exclusivamente al cabal cumplimiento de sus convenios y compromisos pactados.

- Evidentemente se contempla y conoce cuál es la conducta que genera la imposición de una cláusula penal, tal cual es la ejecución tardía (atraso) o prematura (adelanto) de la obligación contractual. Ahora bien las mismas Condiciones Generales a las que hace remite (sic) el Cartel establecen la forma en que opera la imposición de la cláusula penal, sus respectivos montos, y porcentajes y sobre éste punto, contrario a los que afirma la Recurrente, dado que las condiciones Generales constituyen una normativa de libre acceso y conocimiento público, el hacer referencia a la normativa pertinente, tal y como se hace en caso de la Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento, equivale a la transcripción del articulado de dichas normativas a las que hace referencia por lo cual las reglas de contratación, sanciones y consecuencias por incumplimientos son claras desde el inicio.
- Como puede verse, evidentemente no lleva razón el recurrente por cuanto como puede corroborarse, el tope máximo de 25% de cuantía por concepto de multa o cláusula penal, únicamente se aplica en el entendido que se supere la cantidad de días de incumplimiento, sea por atraso o adelanto, es decir se inicia con un 0.5% y conforme aumenta la cantidad de días de incumplimiento aumenta el porcentaje de multa hasta llegar al tope máximo de 25% por 15 días de atraso. Ahora bien, el monto se fija en el mismo cartel y se sobre entiende el mismo pues hace referencia directa al monto al indicar: "...deducirá las sumas correspondientes a lo establecido en estas condiciones y en cada cartel particular, por concepto de clausula penal y multas, respectivamente, de las facturas pendientes de pago previa aplicación del proceso sumario para ello establecido...", por lo que lógicamente se desprende que el monto de la cláusula penal será según el quantum de la factura de la entrega incumplida por lo que el monto de multa o cláusula penal a cuyo cobro será acreedor el contratista incumpliente es, evidentemente, conocido de previo por él.
- El desabastecimiento Institucional puede deberse a muchos factores, como el aumento de consumo, disparado por una crisis o emergencia sanitaria, como sucedió en la pasada emergencia por brote de Dengue, la escasez de algún medicamento o insumo por factores externos como falta de materia prima o principios activos, sin embargo la más frecuente causa de desabastecimiento es siempre el incumplimiento contractual por parte de los contratistas, por atrasos en sus entregas y es aquí donde la figura y gravedad de la cláusula penal, que se impone en estos casos críticos, juega su rol persuasivo para evitar éstas situaciones.

4. La Contraloría emite la resolución R-DCA-250-2014 de las 13 horas del 28 de abril del 2014, cuyos puntos más relevantes para lo que interesa son los siguientes:

- ✓ “Sobre el particular, se tiene que efectivamente en el pliego de condiciones no están dispuestas de forma expresa las cláusulas penales a aplicar en esta contratación. Así las cosas, debe tomarse en consideración que el artículo 50 del Reglamento a la Ley de contratación administrativa (RLCA), dispone: “La cláusula penal (...) los supuestos y montos deberán incluirse en el respectivo cartel (...)”. Consecuentemente, en vista de que de conformidad con la normativa vigente en el pliego de de condiciones deben constar expresamente los supuestos que activan la aplicación de la cláusula penal y los montos o porcentajes respectivos; se estima que la Administración deberá incluir dicha información en el cartel de la presente contratación, por lo cual se declara con lugar, el recurso incoado en este extremo. (...) De ahí que en e l (sic) cartel respectivo deberá incorporarse no solo la definición precisa del quantum de la sanción y lo supuestos que la hacen aplicable, sino además como bien lo explica la Administración en su oficio de respuesta, los montos y la forma en que la aplicará de llegar a producirse.”

- ✓ El ordenamiento jurídico impone al objetante la carga de la prueba, por ende, no es suficiente con plantear un alegato, sino que éste debe acreditarse realizando los análisis argumentativos necesarios al efecto y aportando cuando corresponda la prueba que acredite lo reclamado, aspectos que éste órgano contralor echa de menos en el presente caso. Lo anterior por cuanto la recurrente se ha limitado a afirmar, pero no ha acreditado que una vez realizado por ella el estudio respectivo, tomando en consideración los aspectos que reclama, (...) se desprenda que las cláusulas penales previstas en las referidas condiciones generales (...), no resulten aplicables para la presente contratación, con lo cual no se ha acreditado el desequilibrio en la relación contractual que reclama. (...) En este orden de ideas, tampoco pueda mencionar el objetante, una posible irrazonabilidad o desproporcionalidad del régimen de multas aplicable en este caso, cuando es justamente lo que se ha ordenado incorporar a la Administración. De igual suerte, si estas fueren reproducción de las que ya se cuentan en las condiciones generales antes señaladas, tampoco ha existido como fue indicado, un análisis de su parte para determinar esa condición desproporcionada o irrazonable en el régimen de multas. En este sentido, este órgano contralor echa de menos el análisis puntual mediante el cual la recurrente, de frente a cada uno de los supuestos de cláusula penal que prevén las referidas condiciones generales, en la cláusula “5.2 Cláusulas Penales”, acredite la desproporcionalidad e irrazonabilidad que reclama; por cuanto ésta se limita a firmar esa condición sin el respectivo análisis. (...) En vista de las anteriores consideraciones, siendo que la Administración como concedora de sus necesidades ha justificado las razones por las cuales ha estimado necesario establecer tanto el supuesto como el porcentaje previsto en la cláusula 5.2.1 de las Condiciones Generales; y la recurrente no ha acreditado sus alegatos, lo que se impone es rechazar de plano este extremo del recurso por falta de fundamentación.”

5. En atención con la disposición emitida por la Contraloría, ésta Administración procedió a incluir lo relativo a cláusulas penales, transcribiendo en los carteles lo indicado en las Condiciones Generales sobre dichas sanciones, con lo que se logró continuar con los procedimientos de contratación sin que se impugnaran los carteles respecto a este punto.

6. No obstante, la empresa Comercializadora Médica Centroamericana, vuelve a formular recurso de objeción ante la Contraloría, ésta vez contra el Cartel del concurso 2014LN-000011-05101, en lo referente a las Cláusulas Penales, alegando en resumen lo siguiente:

- Al amparo del artículo 51 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, el cartel debe ser un cuerpo de especificaciones técnicas claras, suficientes, concretas, objetivas y amplias en cuanto a la posibilidad de participar; y con base en ello se refiere a la condición cartelaria relativa a multas y cláusulas Penales, debido a que la institución remite de manera general y como parte integral del cartel, el procedimiento sumario para la imposición de multas y cláusulas penales aprobado por la Junta directiva de la Institución, lo cual a su criterio resulta preocupante en el tanto dichas cláusulas penales no se encuentran determinadas para éste concurso en específico. Señala que la CCSS no realiza un mesurado estudio previo de aplicación de cláusulas penales para cada licitación en concreto tal y como correspondería, con lo cual coloca al eventual contratista en un estado de indefensión en tanto que no le son establecidas –de previo- y en forma clara, concreta y precisa la forma en que podría ser sancionado en razón de un incumplimiento o atraso en la entrega.
- Conforme al principio de proporcionalidad, indica que la misma contraloría General ha considerado la necesidad de que la Administración licitante se pronuncie sobre las cláusulas penales y multas que aplican para cada caso particular – Resolución R-DCA-250-2014- en tanto que el cartel debe exponerlas expresamente – en cuanto a los supuestos y montos aplicables – a efectos de dotar a la relación contractual de la suficiente seguridad jurídica y evitar interpretaciones.
- Reitera el argumento de que existe una falta de razonabilidad y proporcionalidad en tanto que la condición general 5.2.1 de la CCSS, establece el porcentaje del 25% por concepto de cláusula penal sin que lo anteceda tampoco un análisis y estudio técnico previo que razone y justifique cómo se llega a imponer ese 25% (tope máximo de porcentaje para la cláusula penal) a un contratista. Señala que escapa de todo análisis de razonabilidad el hecho de que el producto se encuentre en desabastecimiento (inventario cero) y que por ello se le castigue al contratista con la imposición de ese 25%, en el tanto que la responsabilidad del nivel de inventario es de la Administración, por lo que no se puede sancionar al contratista por la falta de planificación de la Institución.

7. Esta administración procede a emitir respuesta frente a tales alegatos, como en resumen se detalla a continuación:

- Se reiteran los argumentos expresados supra con ocasión al recurso anterior.
- Respecto a los porcentajes, los mismos se aplican de forma gradual, según el número de días de atraso o premura con que irregularmente el contratista cumpla su obligación, dicho porcentaje se va incrementando poco a poco hasta alcanzar el tope legal de 25% para un atraso de 15 días o más en la entrega del producto. Como puede verse, evidentemente no llevan razón los recurrentes por cuanto, como puede corroborarse, el tope máximo de 25% de cuantía por concepto de multa o cláusula penal, únicamente se aplica en el entendido que se ocasione una desabastecimiento (inventario en 0) o se supere la cantidad de días de incumplimiento, sea por atraso o adelanto, es decir se inicia con un 0.5% y conforme aumenta la cantidad de días de incumplimiento aumenta el porcentaje de multa hasta llegar al tope máximo de 25% por 15 días de atraso. Ahora bien, el monto

se fija en el mismo cartel, y se hace en forma porcentual por cuanto resulta prácticamente imposible fijar a priori, un monto específico por una eventual cláusula penal que corresponda con la realidad de la contratación, lo anterior por cuanto el mismo monto va a depender del quantum de cada entrega, lo cual es imposible de determinar a ciencia cierta en la etapa de elaboración del cartel, pues que en este momento, si bien se conoce el costo máximo que puede tener la contratación, es imposible, desproporcionado y contrario a la Buena Fe contractual, fijar los montos de las Cláusulas Penales con dicho números, ya que es hasta el momento de la apertura de las ofertas, donde se puede tener una mayor claridad para definir el costo total de la contratación por los precios ofertados y con ello el de cada entrega, es decir, al realizarse dicho cobro con base en el monto de cada entrega, es imposible determinarlo en la etapa de elaboración del cartel pues el mismo dependerá del quantum de cada entrega y se sobre entiende el mismo pues hace referencia directa al monto al indicar: "...deducirá las sumas correspondientes a lo establecido en estas condiciones y en cada cartel particular, por concepto de clausula penal y multas, respectivamente, de las facturas pendientes de pago previa aplicación del proceso sumario para ello establecido...". Al pretender fijarse específicamente un quantum desde la elaboración del cartel con esa proyección máxima, evidentemente entraríamos en una desproporción e irracionalidad de los montos de las cláusulas penales pues las misma estarían tasadas en un monto mayor al precio que eventualmente estarían ofertando los potenciales adjudicatarios, recordando que con el sólo hecho de presentar su oferta se ven sometidos al cartel sus estipulaciones condiciones. Es por ello que se considera que el manejo de los montos en forma porcentual y no nominal, como lo hace ésta Institución, incluso beneficia a los mismos oferentes pues a la hora del cobro se parte del precio real ofertado y sobre una proyectado, además de que como se explicó supra, al ser dichos porcentajes de conocimiento público, el oferente conoce y ha realizado las respectivas matemáticas a partir de su plica para calcular cuánto sería el monto al que eventualmente se vería expuesto a cancelar por concepto de cláusula penal si incumple con su obligación de entrega.

- No podemos perder de vista la naturaleza de la función pública que desempeña ésta institución y, lo más importante, el Interés Público que dicha actividad pretende salvaguardar, sea la Salud de los costarricenses, y es ese derecho a la Salud. En virtud de lo anterior se debe tener presente y claro que no es lo mismo el daño que puede provocar la falta de cables o postes en una Institución a lo que implicaría la falta de un medicamento o insumo médico para la labor que realiza ésta Institución, pues la salud y la vida humana son invaluable. Evidentemente las contrataciones de ésta Institución se tratan de medicamentos e insumos médicos, cuyo faltante puede poner en riesgo la salud del paciente o asegurado que lo requiere para su tratamiento médico, es decir la contratación de ésta Institución se centra en insumos y medicamentos que protegen la Salud de las personas como Derecho Fundamental Humano y Constitucional, que es totalmente invaluable y es aquí donde surge la proporcionalidad y razonabilidad que alega el Recurrente, para la imposición directa del tope máximo de penalidad (25%) en cuanto a quantum de sanción (cláusula penal) por concepto de incumplimiento contractual (atraso) en la entrega, por el riesgo que su desabastecimiento ocasiona al bien jurídico máspreciado: La vida humana.
- Si bien es cierto el abastecimiento es una tema interno, es precisamente en virtud de esa necesidad de proveeduría para brindar el servicio, que se realiza la contratación de

productos, medicamentos e insumos, estableciendo fechas y cantidades para cada entrega, que nos permitan operar de forma eficaz y eficiente, pues como administradora del erario público, la Caja Costarricense de Seguro Social debe tener especial cuidado en el manejo logístico de forma que no provoque sobreabastecimiento en Almacén que amenace la integridad de los productos y ocasione sobreprecios de bodegaje, como también en el sentido de contar con una provisión adecuada para la atención de los asegurados, y como analizamos, con el cabal cumplimiento contractual por parte de todos los proveedores adjudicatarios y atendiendo al principio de la Buena Fe, no deberían darse ninguna especie de desabastecimientos a nivel Institucional, que como se explicó anteriormente, dichos incumplimientos son las causales primordiales de los desabastecimientos institucionales, seguidos por aumentos imprevistos en consumo de medicamentos o insumos producto de crisis sanitarias. Si los proveedores cumplen cabalmente con sus obligaciones pactadas no se cobrarían las cláusulas penales, es decir, todo radica en el fiel cumplimiento de lo pactado, pues inclusive ante un atraso en la entrega no atribuible al proveedor el mismo se le exime de la aplicación de la cláusula penal, es por ello que la cláusula penal es una herramienta de suma importancia pues resulta ser un disuasivo/apremiante para que los proveedores cumplan con sus obligaciones.

8. La Contraloría General de la República dictar la resolución número R-DCA-329-2014 de las 12 horas del 23 de mayo de 2014, disponiendo en lo atinente al tema de análisis lo siguiente:

- ✓ (...) Este Despacho no encuentra contrario a principios jurídicos, el que la administración establezca un porcentaje gradual de cláusula penal conforme a cada entrega parcial del producto, siempre y cuando este aspecto – tal como se ha dicho- sea incorporado en el cartel de la licitación a texto expreso y corresponda a una valoración previa por parte de la Administración en punto a las razones que hacen razonable esa gradación.
- ✓ Por otra parte, en cuanto a la ausencia de un análisis técnico que fundamente la aplicación de cláusulas penales para el concurso, aspecto que en criterio de la objetante genera desproporcionalidad, también resulta oportuno traer a estudio lo consignado por éste Despacho mediante la resolución N° R-DCA-250-2014, (...), en tanto que ciertamente “... el ordenamiento jurídico impone al objetante la carga de la prueba y por ende no es suficiente con plantear un alegato, sino que éste debe acreditarse realizando los análisis argumentativos necesarios al efecto y aportando, cuando corresponda, la prueba que acredite lo reclamado: aspecto que éste órgano contralor echa de menos en este caso. Reiterándole las consideraciones realizadas al respecto en la resolución R-DCA-250-2014.
- ✓ De conformidad con lo expuesto, se declara parcialmente con lugar el recurso interpuesto, debiendo la Administración modificar el cartel en los extremos indicados en el presente apartado.

9. Así las cosas ésta Administración, continuó con su modalidad de transcribir las cláusulas penales dentro del cartel tal y como aparece en las Condiciones Generales.

10. En fecha 23 de mayo del 2014 la empresa Comercializadora Médica Centroamericana S.A., presenta un recurso de objeción contra el cartel del concurso 2014ME-0001505-05101, ante

la Contraloría General de la República, objetando el punto en cuestión, reiterando los argumentos de sendos recursos anteriores.

11. Ésta Administración responde tal recurso, reiterando los alegatos transcritos supra.

12. La Contraloría emite una nueva resolución con número R-DCA-382-2014, dictada a las 10 horas del 06 de junio de 2014, en la cual en resumen dispone:

- ✓ “(...) con motivo de la precisión que debe tener esa Administración y siendo que de frente al objeto de la presente contratación, sea la adquisición de un medicamento que resulta importante para salvaguardar un interés público supremo e invaluable como lo es la salud y la vida, se tiene por acreditada la conveniencia de imponer cláusulas penales que motiven al contratista a una entrega eficiente y en tiempo del medicamento que se adquiere. Es necesario señalar que ante una situación de desabastecimiento, en particular un medicamento sobre el cual surge la evidente necesidad de los asegurados, deben integrarse y desarrollarse todas aquellas consideraciones que motiven al cumplimiento de las necesidades administrativas, sea en este caso al imposición de las cláusulas penales. Así las cosas, se rechaza de plano el recurso interpuesto, al no acreditarse cómo los porcentajes establecidos resultan desproporcionados frente al requerimiento de medicamentos que resultan imperiosos para la salud y la vida misma de los asegurados de la CCSS. No omitimos señalar que la aplicación de las (sic) sanción pecuniaria debe respetar lo establecido por la Sala Constitucional mediante resolución N° 6639-2013 del 15 de mayo del 2013, en tanto que no aplica la ejecución automática de las cláusulas penales.”

13. Es importante recalcar que la empresa VMG Healthcare Products S.A. y sus subsidiarias, son empresas problemáticas en cuanto a cumplimientos contractuales se refiere, pues es común que su entregas presente atrasos considerables en cuanto a entregas se refiere, esto se ve reflejado en las siguientes estadísticas, respecto de los Procedimientos Sumarios de cobro por concepto de Clausula Penal pendientes :

Concurso	O.C.	Proceso Sumario INICIAL	Fecha Notificación	Proceso Sumario FINAL	Fecha de notificación	Monto Cobrado	Monto Rescudat	ESTADO	Fecha PAGO Vencimiento	Analista	OFERENTE
2010CD-000056	6206	SA0-PS-2014-003	08/01/2014	SA0-PS-2014-011	22/01/2014	\$10,56		Descargos	14/02/2014	Karen	VMG Healthcare Products S.A.
2011ME-000161	7549	SA0-PS-2014-008	16/01/2014	SA0-PS-2014-031		\$6.219,04		Descargos	21/01/2014	Milagro	VMG Healthcare Products S.A.
2010ME-000078	6319	SA0-PS-2014-012	22/01/2014	SA0-PS-2014-015	31/01/2014	\$2.205,00		Descargos	13/02/2014	Karen	VMG Healthcare Products S.A.
2012CD-000021	7596	SA0-PS-2014-033	21/02/2014	SA0-PS-2014-041	04/03/2014	\$64,90	\$64,90	Cancelado	Abril	Yocelys	VMG Healthcare Products S.A.
ME-2006-116	4666	SA0-PS-2014-042	06/03/2014			\$31.886,56		Descargos	11/03/2014	Milagro	VMG Healthcare Products S.A.
2011LA-000125	7369	SA0-PS-2014-016		SA0-PS-2014-050	19/03/2014	\$380,71		Descargos	24/03/2014	Rosario	VMG Healthcare Products S.A.
2010CD-000056	6206	SA0-PS-2014-011				\$10,56	\$10,56	Cancelado	Abril	Karen	VMG Healthcare Products S.A.
2012ME-000066	7569	SA0-PS-2014-052	19/03/2014	SA0-PS-2014-056		\$50.163,75		Descargos		Erika	VMG Healthcare Products S.A.
2012ME-000066	7564	SA0-PS-2014-054	19/03/2014	SA0-PS-2014-064	03/04/2014	\$69.306,24		Descargos	09/04/2014	Erika	VMG Healthcare Products S.A.
2011ME-000106	7367	SA0-PS-2014-002	07/04/2014	SA0-PS-2014-088	29/04/2014	\$76.450,00		Descargos	06/05/2014	Yam	VMG Healthcare Products S.A.
2009ME-000122	5748	SA0-PS-2014-127	02/06/2014	SA0-PS-2014-146	17/06/2014	\$2.706,16		Descargos	Junio	Rosario	VMG Healthcare Products S.A.
2011LA-000096	7474	SA0-PS-2014-136	09/06/2014	SA0-PS-2014-146	17/06/2014	\$11.250,00		Descargos	Junio	Rosario	VMG Healthcare Products S.A.
2010ME-000037	6116	SA0-PS-2014-144	11/06/2014	SA0-PS-2014-0153	18/06/2014	\$4.228,38		Descargos	Junio	Johanna	VMG Healthcare Products S.A.
2010ME-000008	6113	SA0-PS-2014-157	24/06/2014		25/06/2014	\$2.721,50		Pendiente	30/06/2014	Diedle	VMG Healthcare Products S.A.

Concurso	O.C.	Proceso Sumario INICIAL	Fecha Notificación	Proceso Sumario FINAL	Fecha de notificación	Monto Cobrado	Monto Rescudat	ESTADO	Fecha PAGO Vencimiento	Analista	OFERENTE
2008CD-000019	650861	SA0-PS-2014-004	08/01/2014	SA0-PS-2014-017	31/01/2014	\$1.909,53		Pendiente	13/02/2014	Karen	Comercializadora Farmacéutica Centroamericana C.V.
2010ME-000307	651266	SA0-PS-2014-005	14/01/2014	SA0-PS-2014-020	11/02/2014	\$21.786,12		Descargos	14/02/2014	Milagro	Comercializadora Farmacéutica Centroamericana C.V.
2006LA-000054	620-2006	SA0-PS-2014-018	31/01/2014			\$9.934,65		Descargos	07/02/2014	Gianni	Comercializadora Farmacéutica Centroamericana C.V.
2009LA-000012	591046	SA0-PS-2014-026	27/02/2014			\$7.960,00		Descargos	27/02/2014	Yam	Comercializadora Farmacéutica Centroamericana C.V.

ACCIONES EN CURSO:

Ante el panorama descrito, donde se evidencia la necesidad de que los Carteles se adecúen a la Ley y resoluciones jurisprudenciales tanto administrativas (Contraloría General de la República) como judiciales (Sala I de la corte suprema de Justicia) y analizando los recurrentes recursos interpuestos por los proveedores en tanto a la falta de análisis que fundamentan los supuestos y porcentajes fijados para las cláusulas penales, ésta Administración, previendo futuros recursos, tomó la determinación de iniciar un proceso de análisis para darle un sustento justificativo al quantum y causales de aplicación de las Cláusulas Penales, lo cual se ha orientado desde el punto de vista de la Logística de distribución de producto, por cuanto en el fondo económico resulta prácticamente imposible realizarlo al esta (sic) inmiscuido el riesgo a la salud y por ende la vida humana que es absolutamente invaluable, así las cosas la propuesta de modificación cartelaria en general que ha derivado de dicho análisis por parte de ésta Área y de la Dirección de Aprovisionamiento, es la que se transcribe a continuación, no sin antes aclarar que los textos propuestos se refieren a lo que se incluiría dentro de los Carteles y no a una modificación de las Condiciones Generales:

“Regirán las Disposiciones que se encuentran reguladas al respecto a partir del punto 5.2 de las Condiciones Generales, las cuales se justifican individualmente de la manera que a continuación se dirá:

5.2. Cláusulas penales. Los atrasos o anticipos no autorizados por la Administración, en cualquiera de las entregas pactadas, será sancionado con fundamento en las siguientes disposiciones:

5.2.1. Los bienes o suministros contratados que a la fecha de la entrega pactada se encuentren desabastecidos (inventario cero), en la red de servicios institucionales, poniendo en riesgo la vida de los usuarios de la CCSS, serán castigados con el 25% del monto total de dicha entrega desde el momento en que la Administración verifique el atraso en la fecha pactada. Aquellos cuyo desabastecimiento no ponga en riesgo la vida de los usuarios de la CCSS serán castigados de conformidad con el apartado 5.2.2. (Reformada mediante acuerdo de Junta Directiva CCSS en el artículo 31 de la sesión N° 8369, celebrada el 6 de agosto del 2009. publicada en La Gaceta N° 160 del 18 de agosto 2009).

Justificación de la cláusula 5.2.1:

El porcentaje de 25% obedece al Interés Público que se pretende salvaguardar, sea la Vida de los costarricenses y en virtud de lo anterior se debe tener presente y clara la seriedad y consecuencias que implicaría la falta de un medicamento o insumo médico para la labor que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social, pues la salud y la vida humana son invaluable. La contratación de ésta Institución se centra en insumos y medicamentos que protegen y resguardan la Salud y la Vida de las personas como Derecho Fundamental Humano y Constitucional el cual la CCSS tiene la obligación de tutelar también por mandato de orden jurídico máximo, de ahí que dicho porcentaje resulta proporcional y razonable para la imposición directa del tope máximo de penalidad en cuanto a quantum de la cláusula penal, por concepto de atraso en la entrega, dado que el desabastecimiento lesiona el bien jurídico más preciado: La vida humana (Artículo 21 de la Constitución Política).

5.2.2. Los bienes o suministros contratados, cuya necesidad a la fecha de la entrega pactada puede ser resuelta con los inventarios institucionales, serán castigados con el 0.5% del monto total de dicha entrega por cada día de atraso contados a partir del primer día de entrega pactada hasta el octavo día hábil de atraso, inclusive.

Justificación de la cláusula 5.2.2:

Este supuesto obedece a la necesidad que tiene la Caja Costarricense de Seguro Social de ser proveída de manera puntual, eficiente y eficaz, de los medicamentos e insumos necesarios en aras de la continuidad del servicio, teniendo en cuenta que la Gerencia de Logística abarca todos y cada uno de los Centros de Salud, Clínicas y Hospitales en el territorio nacional, lo cual conlleva un manejo complejo que debe ejecutarse de una forma óptima y sin dilaciones para no atentar contra la salud de los asegurados, siendo éste el Interés público a tutelar en la contratación administrativa, con lo cual se entiende que la Caja Costarricense de Seguro Social debe tener un sistema justo a tiempo, que además se sustenta en la Ley de Contratación Administrativa que conlleva plazos y trámites que hacen que las entregas a tiempo sean mucho más complejas, toda vez que además que la Logística de distribución, los medicamento e insumos no entran a un consumo directo por parte de los pacientes, sino que requieren de las necesarias e indispensables análisis de control calidad, lo cual conlleva un tiempo prudencial para realizar dichas pericias y que se encuentra planificado dentro del plazo de entrega requerido por ésta Institución y cuyo quebranto consecuentemente, deriva en un rompimiento de la cadena óptima de distribución.

5.2.3. Cuando el atraso sea igual o mayor a nueve días hábiles, el monto por cláusula penal incrementará el porcentaje, castigando en un 3% del monto total de la respectiva entrega, por cada día de atraso hasta cubrir el 25% del monto total de dicha entrega.

Justificación del a cláusula 5.2.3

Este supuesto obedece a la complejidad de la cadena de abastecimiento Institucional, que implica no solo los traslados del medicamento o insumos médicos a los Hospitales o Centros de Salud que lo requieran para brindar el servicio en forma continua, sino que también conlleva una valoración previa a dicha distribución, por parte del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos Institucional, que determina mediante las pericias respectivas que el mismo cumple con los estándares cualitativos y cuantitativos óptimos para ser utilizados en la terapéutica clínica de los pacientes, así como también el análisis de los insumos médicos que deben realizar las Respektivas Comisiones Técnicas Institucionales para determinar que los mismos cumplan con la calidad requerida para su uso en los asegurados y en relación con el punto anterior se acentúa de manera proporcional y razonable, toda vez, que al ser mayor el tiempo de atraso en la entrega, los desajustes provocados son mayores, derivando en una lesión más grave al derecho de Salud y la imposibilidad de brindar un servicio óptimo y continuo se amplía.

5.2.4. Cubierto el tope del 25% previsto por el Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa para el cobro de esta cláusula, la Administración quedará facultada para

resolver el contrato por incumplimiento, imponer las sanciones de ley y cobrar los daños y perjuicios que el saldo en descubierto haya generado dicho incumplimiento.

5.2.5. Cuando la administración determine que los daños provocados por el contratista consecuencia de su atraso o entrega defectuosa superan los cubiertos por la estimación de la cláusula penal o la multa, lo cobrará mediante el respectivo procedimiento administrativo, previa determinación de los daños ocasionados, con fundamento en el procedimiento ordinario que establece el artículo 308 de la Ley General de la Administración Pública. (Reformada mediante acuerdo de Junta Directiva CCSS en el artículo 31 de la sesión N° 8369, celebrada el 6 de agosto del 2009. publicada en La Gaceta N° 160 del 18 de agosto 2009).”

Como corolario de dicha propuesta, se proyecta continuar con los análisis respectivo en aras tener lista una respuesta inmediata y de criterio unificado en la previsión de mayores recursos que se puedan presentar al respecto, logrando con ello evitar mayores dilaciones en los procesos adquisitivos que atañen a ésta Gerencia y sus respectivas áreas y con ello salvaguardando la continuidad de dichos procesos licitatorios con el fin de no afectar la eficacia y eficiencia de la proveeduría institucional en pro de la tutela del derecho fundamental a la Salud del os asegurados y con ello de la vida humana.”

De conformidad con el informe rendido por el Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios se tiene que la Administración Activa ha implementado medidas tendientes a garantizar no sólo el abastecimiento institucional de medicamentos e insumos médicos sino que se ha venido dando a la tarea de incorporar dentro de los carteles específicos de la contratación la determinación de cláusulas penales y multas, siendo que de manera colateral ha definido los criterios o el fundamento que da sustento al quantum establecido con el ánimo de resguardar la debida motivación de la conducta administrativa.

Es por esa razón que este Despacho, ante la instrucción planteada por la Junta Directiva mediante Artículo 11 de la sesión 8719, de 29 de mayo de 2014 recomienda que se tenga por recibido el informe de las acciones desplegadas por la Administración Activa que tienden a incorporar dentro de los carteles de la contratación las cláusulas penales y multas, no sin antes advertir, que de manera simultánea se ha abocado a realizar un fehaciente sustento de la conducta administrativa desplegada merced a las cargas que se le imponen a los eventuales proveedores incumplientes en las contrataciones públicas que realiza la Caja Costarricense de Seguro Social. Todo lo anterior con el propósito de salvaguardar el abastecimiento institucional de medicamentos e insumos médicos en pleno apego con los principios que informan la contratación administrativa y los derechos de los co-contratantes que se deben amparar en pos de la correcta tutela del interés público”,

habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte del licenciado Maynor Barrantes Castro, Jefe del Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, de conformidad con el citado oficio número GL-17.905-2014 y con la recomendación de la señora Gerente de Logística, la Junta Directiva ACUERDA dar por recibido el informe de las acciones desplegadas por la Administración Activa que tienden a incorporar dentro de los carteles de la contratación las cláusulas penales y multas.

Infórmese sobre el particular a la firma VMG Healthcare Products, en atención a sus oficios del 6 de mayo del año 2014, suscritos por la Sra. Karolina Soto Carballo, Representante Legal de VMG Healthcare Products S.A.

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

ARTICULO 21°

Se tiene a la vista la consulta en cuanto al expediente número 19.123, Proyecto transparencia de las contrataciones administrativas por medio de la reforma del artículo 40 de la Ley 7494, contratación administrativa, del 2 de mayo de 1995 y sus reformas, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.37.832-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 28 de julio del presente año, suscrita por la señora Noemy Gutiérrez Medina, de la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia de Logística, contenido en el oficio número GL-18.022-14 de fecha 4 de agosto en curso, firmado por la Gerente de Logística que, en lo conducente, literalmente se lee de este modo:

“De conformidad con el oficio No. JD-PL-0049-14, de 28 de julio de 2014 en el que se instruye a este Despacho para emitir criterio respecto del proyecto de Ley citado que fuera remitido por la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa y que a la letra señala:

“ARTÍCULO ÚNICO.- Reformase el artículo 40 de la Ley No. 7494, Contratación Administrativa, de 2 de mayo de 1995, y sus reformas, para que en adelante se lea:

“Artículo 40.- Uso de medios electrónicos

Toda la actividad de contratación regulada por la Ley General de Contratación Administrativa, así como aquella que se regule bajo cualquier régimen especial, deberá realizarse por medio del Sistema digital unificado de compras públicas.

Dicho sistema de gestión será único y centralizado y su administración estará a cargo del Poder Ejecutivo por medio de la instancia encargada del desarrollo de Gobierno Digital.

El sistema deberá reproducir toda la información relativa a cada una de las etapas del procedimiento de compras.

Asimismo, el Sistema electrónico unificado de compras públicas garantizará la total transparencia y publicidad de cada uno de los procedimientos, documentos e información relacionada con dichos procesos de compra, para lo cual el sistema deberá reproducir la información en formatos digitales aptos para que el público pueda descargarlos, copiarlos, manipularlos y reproducirlos.

Toda institución estatal que realice cualquier tipo de contratación de las referidas en este artículo, así como las referidas en el artículo 2 y 2 bis de la presente ley, deberán incluir un vínculo en sus páginas web para que la ciudadanía acceda a la página del Sistema electrónico unificado de

compras públicas. Además deberá publicar, en su página web y en lenguaje comprensible a cualquier lector:

1. El anuncio sobre el hecho que se ha tomado la decisión administrativa de iniciar un proceso de contratación, incluyendo los productos o servicios a contratar.
2. Los aspectos más relevantes del cartel de licitación.
3. Cada una de las ofertas recibidas, las cuales deberán publicarse inmediatamente después de cerrado el plazo para su recepción.
4. El oferente escogido y las razones y los criterios que justificaron su escogencia.
5. Los términos más importantes del contrato.

En el caso de compras directas, las instituciones deben informar, en su página web, la intención de compra y el costo unitario de los productos comprados.”

Consideraciones previas.

De previo a realizar las consideraciones de orden administrativo, legal y financiero que deben ser tomadas en cuenta para los efectos de la propuesta de reforma al Artículo 40 de la Ley de Contratación Administrativa, entiende este Despacho la afinidad que existe por parte de la Asamblea Legislativa con el tema de la innovación que le es intrínseco a la introducción de la tecnología en las relaciones del Estado y los administrados.

Se trata de enfrentar el proceso de globalización, del vencimiento de obstáculos territoriales y otros en pos de los servicios públicos que se prestan. Ya no es suficiente que el ciudadano encuentre en las distintas instituciones las ventanillas para realizar la diversidad de trámites que le son consustanciales a la relación que mantiene con el Estado. Hoy se hace precisa la automatización de los procesos que otrora quedaban volcados en el papel y ello necesariamente impulsa el liderazgo y la participación ciudadana que puede visualizar la conducta estatal en cualquier lugar del mundo y a cualquier hora. Las transacciones con las oficinas públicas exceden el obsoleto horario ordinario. El ciudadano puede mantener una fluida relación con la Administración Pública 24/7.

Antes de abocarnos al tema que es de estricto interés del legislador se hace necesario visibilizar el antecedente de las compras públicas electrónicas, a saber, el Gobierno Electrónico en donde las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) han incursionado e impulsado la modernización del Estado. Son muchas las acepciones que pretender encerrar el concepto de esta novedosa relación (E-Gobierno, E-Governance, E-government, gobierno digital, gobierno en línea, teleadministración, one-stop government, electronic government, online government, etc), empero, más allá de la denominación lo que adquiere especial relevancia es el proceso de transformación que bordea la ya aludida modernización de la administración pública.

La División de Economía y Administración Pública de las Naciones Unidas ha manifestado que importa, merced a esa interacción, el compromiso permanente que tiene el Estado de relacionarse con los ciudadanos en términos de una prestación eficiente y eficaz de servicios, información y conocimiento. Por su parte el Banco Mundial deposita la confianza en la transformación de las relaciones que se suscitan entre el administrado y el Estado y entre los propios administrado, cuestión que por demás garantiza la consolidación de la responsabilidad, la transparencia y la eficacia en la gestión administrativa.

En suma, se puede decir que el Estado pretende a través de esa estrategia no sólo incorporar la innovación en su quehacer para desarrollar su gestión interna sino que ella alcance o favorezca la relación que se guarda con el administrado. La transformación y la modernización en pos de la eficacia de los servicios debe obligatoriamente ser impulsada por los gobiernos visionarios y comprometidos con el ciudadano que demanda del Estado no sólo eficiencia y eficacia sino simplificación de trámites.

Con la incursión de Dinamarca, en los años 70, en el gobierno digital, donde los municipios compartieron información a través de los sistemas informáticos se abrió el camino para que países como Finlandia, Singapur y otros se sumaran a la iniciativa y es en los años 90 donde se empieza a dar los primeros acercamientos en Latinoamérica.

Países como Brasil, por otra parte, ha desarrollado, entre otros, sistemas relacionados con impuestos y compras. Colombia desarrolló la estrategia de Gobierno en Línea y Venezuela, también, implementó el plan nacional de tecnologías de la información que tuvo inicio en el año 2000.

Chile, país del que Costa Rica ha replicado algunas iniciativas, se abrió espacio a través del Servicios de Impuestos Internos de Chile hasta decantar en Chile Compra que se figuró modelo para instaurar la plataforma CompraRed.

Empero, cabe destacar que en nuestro país se impulsó, a través de la Dirección Técnica Digital, el sistema Mer-link como plataforma para soportar las compras públicas estatales, razón por la que entiende este Despacho el Legislador se compromete con la unificación de los sistemas, pues se entiende que han de rescatarse las bondades de la integración en procura de salvaguardar la eficiencia en las compras del Estado.

De la propuesta de reforma del Artículo 40 de la Ley de Contratación Administrativa.

Ahora bien, merced a la duplicidad de sistemas, entiende la Gerencia de Logística que se pretende, por la vía de la Ley Formal, disponer la unificación de la gestión de las compras públicas electrónica y es por ello que cabe llamar la atención del legislador sobre las cuestiones que se han de cuidar con el ánimo de llevar a buen puerto la iniciativa legislativa.

Mediante oficio N° GL17200-2014 se presentó ante la Junta Directiva el Informe producto de la comisión que encomendó el máximo jerarca institucional, a saber esa misma Junta. En aquella oportunidad se debió realizar un análisis sobre la viabilidad de acogerse al Sistema Unificado Electrónico de Compras Públicas, impulsado por el Poder Ejecutivo cuyo texto es importante reproducir en esta coyuntura que recoge la iniciativa legislativa por acogerse al “Sistema digital unificado de compras públicas.” Si bien dicho análisis se realizó dentro de otro contexto en el que se solicitaba realizar un sopesado escrutinio sobre la plataforma Mer-Link es lo cierto que muchas de las consideraciones vertidas con ocasión del estudio encomendado podrían mantener plena vigencia en tratándose de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En primero lugar, cabe destacar que si bien el legislador tira líneas generales para normalizar conductas es lo cierto que su labor debe dar cuenta de una pormenorizada ponderación de las cuestiones que pudieran incidir en la redacción de un proyecto de Ley en una u otra vertiente.

En aquella oportunidad la Caja se abocó a determinar qué cuestiones funcionales, financieras y jurídicas eran de relevancia para que el sistema pudiera satisfacer todas las necesidades que por su especialidad tiene esta Institución al tiempo que la Junta Directiva instruyó que se realizara un análisis de la funcionalidad del sistema SIGES “SISTEMA DE GESTION DE SUMINISTROS” y la posibilidad de evolución a de este sistema a uno SIGES-WEB sin dejar de considerar la integralidad y la importancia de la transparencia, equidad y eficiencia del proceso de contratación administrativa.

Allí se llamó la atención sobre el sistema de codificación que tiene la Institución de visibilizar lo relativo “al sistema de codificación que tiene la institución debido a que la homologación y estandarización de los códigos (...) para identificar los insumos que planea adquirir es de prioridad, siendo que la Institución tiene alrededor de 32000 códigos en su Catálogo General de Suministros el cual está compuesto por códigos de nueve dígitos cada uno: el primero establece la clase, las dos siguientes la subclase, la especialidad lo definen los dos que siguen y finalmente los últimos cuatro identifican el producto. Este código es la puerta de entrada de la Cadena de Abastecimiento y con ello dar inicio a la trazabilidad en la Red de Servicios de Salud. Por esta razón la Gerencia de Logística en los dos últimos años ha trabajado en la generación de códigos específicos para los artículos de uso común, homologación y estandarización de fichas técnicas, siendo que actualmente se cuenta con más de 26000 opciones de negocios para compras consolidadas-convenio marco como son: catéteres, suturas, carnes, bombas de infusión, medicamentos “NO LOM” y Lista Complementaria entre otros

El Catálogo se relaciona con el Registro de Proveedores que cuenta con 19.852 proveedores registrados, los cuales generan un detalle de líneas de 660.341 productos por el total de los proveedores; proceso que conllevaría un esfuerzo humano adicional por parte de la institución para lograr la homologación, impactando en la oportunidad de respuesta.

Cabe destacar con respecto al sistema de codificación que utiliza el Sistema Mer-link, que conlleva a un proceso de revisión de todo el catalogo institucional, dado que el código de producto asignado por Mer-Link, es un código único para cada uno de ellos de acuerdo con la clasificación de las Naciones Unidas y la Institución requiere códigos asociados a un producto que tiene diferentes presentaciones o bien medidas muy específicas para la atención de las necesidades de la Red Institucional de Salud lo cual es vital para garantizar la invitación a un concurso por parte de la institución hacia los diferentes posibles proveedores, máxime cuando se trata como lo es en el tema de medicamentos de proveedores precalificados o que se encuentren activos en el Registro de Proveedores, dado la relación directa que existe entre el catálogo General de Suministros con el Registro de Proveedores.

No menos importante es la plataforma dado que actualmente Mer-link no cuenta con un sistema de estándares abiertos; que permita oferta en línea para cualquier interesado en participar en procedimientos de compra lo que impacta directamente en el proceso de adquisición y puede limitar la participación de los oferentes. En otras palabras que está condicionada para su operación a un sistema específico en mercado, ejemplo de ellos si una empresa no tiene Windows instalado en sus equipos no podría ofertar porque la operación del sistema para los participantes de los concursos está limitado al Internet Explorer, esta limitación no existe para las personas o usuarios que solo consultan.

Finalmente se requiere evolucionar hacia un modelo de contratación administrativa electrónica acorde con los requerimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social y que integre los tres pilares: planificación, selección del contratista y ejecución contractual así como la administración de los inventarios, dado que todo sistema de información debe ser la herramienta de apoyo al proceso de toma de decisiones y este caso específico para la cadena de abastecimiento de la Red Institucional.”

Sobre este último aspecto se destacó que la unificación del sistema propuesto se ceñía a la compra propiamente dicha, dejándose de lado dos componentes clave dentro del proceso de abastecimiento, a saber, la planificación y la ejecución contractual. Insiste este Despacho que dichas cuestiones son medulares para inclinarse por una reforma legislativa. Si dentro de la política legislativa se ha considerado que el sistema que tiene mayores bondades lo sigue siendo Mer-Link entonces, propone este órgano técnico que el legislador permita la incursión de un sistema que pueda brindarle a la Institución la visión integral del negocio que encierra la contratación administrativa, en el que por sobre todo interesa una correcta planificación en concierto con la sana administración de los fondos públicos, la adquisición de los bienes y servicios en términos de transparencia y agilidad, cual ya ha sido objeto de ingentes iniciativas a nivel nacional y por último una correcta ejecución contractual, no sólo de cara al estricto control sino de la trazabilidad que estamos obligados a garantizar y el control de inventario que le es afín. Todo ello en plena correspondencia con el esfuerzo que se ha hecho patente desde la instrucción de la Junta Directiva para diligenciar el desarrollo de la plataforma SIGES WEB.

Paralelamente, cabe destacar que el Ministerio de Hacienda, al amparo del Decreto Ejecutivo Decreto número 37943-H-MICITT se encuentra realizando un estudio comparativo de los sistemas que subsisten a nivel nacional (MerLink y CompraRed) con el ánimo de determinar cuál de ellos es el que mejor podría garantizar la funcionalidad, accesibilidad y transparencia en las compras públicas electrónicas estatales. En consecuencia estima prudente este Despacho que el legislador considere las futuras conclusiones del Ministerio para decantarse por una reforma legal en consonancia con la definición del Ministerio que regenta la materia.

Entonces pareciera necesario que el legislador haga pender su iniciativa de la determinación por parte del Ministerio de Hacienda de las funcionalidades que tienen los sistemas hoy desarrollados a nivel nacional de forma que su propuesta considere las especiales consideraciones del Ministerio Rector.

Igualmente, es necesario que se considere la habilitación de un sistema en los entes que gozan de autonomía, si la conclusión del Ministerio de Hacienda arrojará como resultado que cualquiera de los sistemas pudiera ser insuficiente cuando se está delante de compras públicas en las que se requieren modulaciones específicas, como es el caso de la Caja, en donde por disposición de la Ley No. 6914 es menester desarrollar un registro de proveedores precalificados y en donde con independencia del monto o cuantía del negocio se sigue un único procedimiento.

No se olvide indicar que dentro de la corriente legislativa ya se había propuesto un ensayo en esa línea y es criterio de este órgano que ello podría garantizar no sólo la posibilidad de unificar los sistemas que soportarán la compra pública electrónica sino que le permitirá a las Instituciones descentralizadas y otros entes patrocinar las iniciativas que habida cuenta son el reflejo de las necesidades que se han debido enfrentar en una materia que por demás no sólo es compleja sino de un especial impacto en la hacienda pública.

Todo lo anterior es conteste no sólo con el esfuerzo institucional impulsado sino con otra propuesta del mismo Poder Legislativo que vislumbró la necesidad de habilitar opciones ante la eventual imposibilidad jurídico, funcional y financiera para acogerse al Sistema digital unificado de compras públicas, de acuerdo a los resultados que arroje el estudio que realiza el Ministerio de Hacienda en la actualidad.

Es así como en La Gaceta N° 116 del 18 de Junio de 2014 se puso en conocimiento público mediante Edicto lo que de seguido se transcribe:

REFORMA DEL ARTÍCULO 40 DE LA LEY
DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA,
N° 7494, DE 2 DE MAYO DE 1995, Y SUS
REFORMAS

Expediente N.° 19.024

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

La Administración Pública Electrónica

Tradicionalmente los ciudadanos han reclamado de forma constante una mejora y simplificación de sus relaciones con la Administración Pública, junto con la modernización y eficiencia de los servicios públicos que se le prestan.

En las condiciones actuales, alcanzar dichos objetivos requiere necesariamente de la utilización generalizada e intensiva de las nuevas tecnologías, tanto en la relación del Gobierno con los ciudadanos como en la informatización de los procedimientos administrativos internos. Se trata, por tanto, de una exigencia ineludible, como garantía de la potencial eficacia de la actividad administrativa en la sociedad actual, fuertemente condicionada por la tecnología y, en especial, por la utilización de medios telemáticos.

Este proceso de modernización de las estructuras organizativas y los medios materiales, de los hábitos e inercias del trabajo y la función pública, particularmente por intermedio de las tecnologías y el conocimiento, ha desembocado en lo que hoy denominamos administración pública electrónica o simplemente gobierno electrónico.

La administración pública electrónica, nos indica el Dr. Jinesta Lobo, “cumple, entonces, con una aspiración de larga data, que es el acercamiento del aparato público a los administrados, sean personas físicas, jurídicas o simples colectivos, sin incurrir en los costos económicos y temporales del desplazamiento físico”.

En un sentido lato, podríamos definir la administración pública electrónica como “el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la Administración s pública, combinado con cambios organizativos y nuevas aptitudes, con el fin de mejorar los servicios públicos y los procesos democráticos y reforzar el apoyo a las políticas públicas”.

La Carta Iberoamericana de Gobierno Electrónico, conceptualiza a la Administración Electrónica o Gobierno Electrónico, “como sinónimas, ambas consideradas como el uso de las TIC en los órganos de la Administración para mejorar la información y los servicios ofrecidos a los ciudadanos, orientar la eficacia y eficiencia de la gestión pública e incrementar sustantivamente la transparencia del sector público y la participación de los ciudadanos”.

El gobierno electrónico es más que una página web en la Internet, es un proceso de transformación para la modernización de la Administración Pública, una nueva visión sobre el futuro del sector público que fomenta el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, y particularmente Internet, como una herramienta para mejorar la gobernabilidad. No es un fin en sí mismo, sino un medio para servir mejor a los ciudadanos y a las empresas.

Es, finalmente, según la definición que encontramos más acertada:

“El uso de las TIC’s para reinventar los procedimientos del gobierno, para promover la difusión y disponibilidad de la información y conocimiento sobre los servicios gubernamentales, y para dotar de oportunidades para interacciones en línea, eliminando entidades intermediarias y generando un poder de cambio en las relaciones entre el gobierno (entidades y agencias estatales) y gobernados (ciudadanos = consumidores, que incluyen organizaciones privadas).

Entendido así, el gobierno electrónico es una fuerza del desarrollo y una herramienta para la definición del gobierno”.

Beneficios del gobierno digital

La OECD identifica cinco principales beneficios obtenidos con el avance en el desarrollo del gobierno digital. Al computadorizarse el procesamiento masivo de tareas y operaciones se gana eficiencia y los programas basados en Internet generan ahorros en los costos de recolección, transferencia y envío de datos. Los servicios en línea tienden a desarrollarse con un enfoque en el usuario y eso contribuye a que el ciudadano pase a ser el centro de la reforma. Esto significa que sus requerimientos son estudiados y atendidos. El ciudadano no necesita conocer la complejidad de los procesos ni los departamentos involucrados, para él el gobierno debería ser un único lugar al que se le solicita un servicio y lo obtiene. El Internet faculta la posibilidad de una relación así. El secreto está en tener siempre en mente al ciudadano como consumidor.

El diseño y adopción de plataformas tecnológicas modernas para fines específicos genera una capacidad fabulosa al Estado para atender determinados sectores en forma especializada tales como salud, educación o aduanas. Con estas herramientas y el uso de datos y capacidades analíticas los gobiernos crean bases para un mejor uso de los recursos públicos para apoyar políticas públicas clave. En general, los gobiernos de todo el mundo están bajo la presión de la reforma institucional debido a los fuertes cambios en el entorno que está viviendo el planeta entero, incluidas las nuevas expectativas de servicios de los usuarios, su creciente poder como consumidores, nuevas demandas fiscales, etc. El uso de tecnologías de información y comunicaciones son un catalizador de muchos de esos cambios. Por último, en un mundo que muchos consideran atraviesa por una crisis de confianza generalizada, el gobierno digital puede crear procesos y habilitar herramientas que contribuyen con la construcción y mantenimiento de esa confianza. Por ejemplo, puede dar transparencia y facilitar la participación ciudadana en el diseño de políticas públicas, promover un gobierno más abierto con mecanismos más sencillos de rendición de cuentas, etc. [1]

Digitalización de las compras públicas

En América Latina, reformas a los marcos jurídicos demuestran la búsqueda de soluciones más eficaces que las dadas hasta ahora para prevenir este tipo de situaciones, pero su recurrente

fracaso, ante nuevos escándalos relacionados con cobro de comisiones en las adjudicaciones, hace pensar que tal vez la línea de reformas elegida no sea la más adecuada, pues hasta ahora se ha centrado en estrategias prohibicionistas con predominio de lo jurídico, sin explorar vías alternativas para controlar el fenómeno (Rivero Ortega, 2004). Probablemente estas nuevas reformas en materia de contratos públicos se aceleren con la introducción de técnicas de e-procurement, en las que algunos países ya están muy avanzados [2].

Estudios del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo han señalado que la mayor dificultad que se presenta para la implantación de un sistema único de adquisiciones electrónicas gubernamentales es precisamente saber cómo empezar y qué proceso de desarrollo progresivo seguir [3].

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 no menciona específicamente el desarrollo de las compras electrónicas, pero sí define con claridad la necesidad de “agilizar los procesos de la administración pública, mediante el impulso al gobierno digital y a los esfuerzos de simplificación de trámites”[4]. En el Plan de Acción de Gobierno Digital 2008-2010, se plantean una serie de proyectos que buscan implementar esa directriz y entre ellos se encuentra uno, dirigido a la implementación de un sistema único de compras electrónicas para las entidades públicas

En el año 2006, el BID y el Banco Mundial realizaron una evaluación del sistema de compras públicas del país, que detectó serias deficiencias. Entre los problemas que han caracterizado los esfuerzos realizados hasta el momento se encuentra, según dicho informe, la ausencia de una propuesta que efectivamente pueda pasar en línea el 100% de la compra del Estado, el informe indica “...los esfuerzos para mejorar el sistema han estado enfocados en aspectos técnicos o de procedimientos específicos en vez de tomar en cuenta la necesidad de crear un sistema más completo y abarcador para las adquisiciones públicas” [5].

Un estudio realizado conjuntamente por el INCAE y la Secretaría de Gobierno Digital a principios de 2008 arrojó más evidencia al respecto [6]. Con base en datos de la Contraloría General de la República, dicho estudio estimó que en el año 2007 un pequeño grupo de 20 empresas le facturó al Estado costarricense el 40% de sus compras, lo que equivale aproximadamente a un 8% del PIB. El estudio sugiere que esta concentración “obedece principalmente a las altas barreras de participación que representa la complejidad del sistema y lo oneroso que resulta para los oferentes potenciales” [6].

En ese estudio, participaron 24 instituciones del Estado y se realizaron entrevistas a 60 personas entre responsables directos de las áreas de adquisición de dichas instituciones y los gerentes de ventas de las 21 principales empresas proveedoras del Estado. Adicionalmente, se llevaron a cabo algunas entrevistas a representantes de cámaras del sector privado. Las opiniones de los entrevistados permitieron identificar las siguientes barreras de acceso:

- Trámites excesivos y poco integrados.
- No existe estandarización en documentos y procesos de contratación.
- Multiplicidad de reglamentos y manuales de procedimientos.
- Existencia de múltiples plataformas tecnológicas (Génesis, SICA, Sirema, Comprared, SIAF, entre otros.)
- Inexistencia de un registro único de proveedores, con la duplicación de requisitos y trámites para registro de los proveedores.

- En cada institución, un solo proceso de compra requiere múltiples aprobaciones y revisiones por personas y comisiones.
- Utilización de códigos, formularios diferentes en cada entidad, sin usar los estándares internacionales tales como código de producto, formularios, carteles tipo, documentos comerciales y trámites como resultado de interpretaciones antojadizas o por ignorancia de la normativa.

La evidencia sugeriría la existencia, la dispersión y diversidad de procesos, lo que compromete la efectividad y eficiencia de las compras del Estado. Los esfuerzos provienen además del Poder Ejecutivo que en su totalidad es un comprador relativamente pequeño y por lo tanto, un actor débil en la negociación frente a compradores mucho más grandes que en teoría deberían ceder su gestión de compras a un tercero. Esta asimetría puede complicar mucho la ejecución de un proyecto de compras electrónicas.

Desde la óptica de los participantes, el proceso para venderle al estado es poco transparente, complejo, largo y costoso. Características que tornan poco atractivo el ser proveedor de alguna institución pública.

La falta de transparencia y los largos plazos de pago, ocasionan que por ejemplo las Mipymes tengan poco o ningún interés en ser proveedores del Estado. La percepción del grupo participante es que una causa de esa falta de transparencia es que por ley, si una empresa no está invitada esta no puede ser oferente, lo que abre el portillo para un “tráfico ilícito” de invitaciones. Y que, según algunos de los participantes, por lo general no se invita a las pequeñas empresas, debido a que de estas no se pueden obtener favores. Sin embargo esta posición contradice la Ley N.º 8262, la cual dicta que las Pymes tienen prioridad en la contratación pública.

Por esta razón, la adopción de una única plataforma electrónica de compras es bien recibida por el sector privado.

Gestión pública eficaz, gobierno accesible para el ciudadano son objetivos inseparables del concepto de modernización de la Administración y reforma del Estado. De allí que no sea de extrañar que estos elementos estén siempre presentes en toda política o programa de modernización del Estado, tanto nacional como internacional.

En consecuencia, la Administración debe velar porque su accionar incorpore nuevas tecnologías con el fin de facilitar una gestión más eficaz y ágil. Lo que implica acudir al expediente electrónico y, por ende, la posibilidad de procedimientos administrativos electrónicos, la utilización de estas técnicas en la publicación de las normas y actos jurídicos y la notificación de los actos administrativos. En general, se propicia su empleo como instrumento para la toma de decisiones y, por ende, en procesos de formación de su voluntad.

El impulso que el Estado y la Administración en general han dado al empleo de las telecomunicaciones y a la sociedad de la información modifica la sociedad sobre la cual actúa el poder público. Ese mismo efecto obliga al Estado y a la Administración a desarrollar e impulsar infraestructuras de redes de información y comunicación, el empleo de la mejor tecnología disponible en cada momento como base para el desarrollo económico y social y a hacer acopio de esas infraestructuras y tecnología para mejorar su accionar y realizar sus funciones y la prestación de los servicios públicos con más calidad, prontitud y eficacia. Ergo, debe poder beneficiarse del

desarrollo tecnológico y telemático en todos sus sectores y actividades, incluida la contratación administrativa.

Los contratos son una de las principales fuentes de las obligaciones para la Administración Pública. Pero también son un instrumento para la ejecución de las políticas, planes públicos y, en consecuencia instrumento para el desarrollo económico y social del país. Precisamente por ello es importante que la contratación se lleve a cabo de acuerdo con las normas y principios constitucionales y legales en la materia.

Pero, además, es indispensable que la regulación de los contratos permita la satisfacción del interés público. Lo que exige que esa regulación responda a los cambios de la sociedad, la economía y el país que en general tiende al aprovechamiento de las nuevas tecnologías y, además, propugna por el establecimiento de mecanismos que permitan en forma más efectiva la cercanía de la persona (en sus diversas facetas, incluida la de proveedor de bienes y servicios) con la Administración. De allí los cambios que ha sufrido la contratación en los últimos años, que autorizan la introducción de las nuevas tecnologías en el procedimiento contractual. Hoy día, las telecomunicaciones y las tecnologías de la información no solo son objeto de contratos sino un medio al que la Administración recurre para lograr una contratación más eficaz y transparente.

La contratación electrónica y la creación de mercados electrónicos para la contratación pública se propicia como medio de obtener mayor competencia en un mercado de proveedores más amplio, mejor información a los proveedores, técnicas más competitivas, ahorro de tiempo y de costos, una mejor administración de los contratos adjudicados, mayor cumplimiento de las normas y políticas pertinentes, menos corrupción y abusos gracias a la posibilidad de ejercer una vigilancia más estricta y de disminuir los contactos directos entre proveedores y el órgano adjudicador, un aumento de la transparencia del proceso y la confianza del público en él. En general, mayor eficiencia e incluso posibilidad de que las pymes participen en el mercado de compra pública. Además, posibilita la existencia de registros centralizados de proveedores, bienes y servicios y puede reducir los plazos en la tramitación de los expedientes.

Aspectos ahorros

Las compras del Estado incluyen todos los contratos u órdenes de compra que suscribe o emite el Gobierno para la adquisición de bienes, servicios y obras públicas, que va desde lo más complejo como aquellas para la construcción de puentes y carreteras hasta contratos simples como la compra de lápices e insumos de oficina.

Las adquisiciones públicas son un aspecto importante de nuestra economía, dado que durante el período 2003-2005, el presupuesto promedio para la adquisición de bienes, obras y servicios para el sector público ascendió a US\$3 mil 687 millones, que representa más del 20% del PI (Producto Interno Bruto). Esta cifra representa una porción importante de los egresos presupuestados por el Gobierno (77%) y refleja un incremento de 3.6% del período 2001-2003[1][1]. Del monto total anual transado por el Estado, el 92% corresponde a instituciones autónomas, un 6% al Gobierno Central y un 2% a municipalidades y otros organismos no gubernamentales que se rigen bajo la normativa de la Ley de la Administración Pública.

En el caso de los ahorros en las compras públicas, por ejemplo, la experiencia internacional muestra que con la utilización de plataformas electrónicas únicas para la adquisición de bienes y

servicios, se pueden lograr ahorros, solo en precios, que oscilan entre el 12% y el 22%. En Costa Rica, donde las compras públicas rondan el 12% del PIB, lograr un ahorro del 20% en las adquisiciones impactaría en una reducción del déficit equivalente a ¢635,000 millones, es decir, un 2,4% del PIB.

La Estrategia de Gobierno Digital en el Estado Costarricense

Gobierno Digital es el eje transversal de todo el Programa de Modernización del Estado, el que comprende como una de las actividades el impulso a las Tics como plataforma de mejora de la gestión institucional. Y es que desde la emisión del Decreto Ejecutivo N.º 33147-MP de 8 de junio de 2006, hoy derogado, Gobierno Digital surge como una política general del Gobierno que debía impregnar y determinar los distintos ámbitos de la actividad gubernamental y administrativa, transformándola y modernizándola.

La Secretaría Técnica de Gobierno Digital, de conformidad con el artículo 2º del Decreto Ejecutivo N.º 35139-MP-Mideplán, publicado en el diario oficial La Gaceta N.º 67, de 6 de abril de 2009, se determina como el órgano ejecutor de las políticas, estándares y proyectos que define la Comisión Intersectorial de Gobierno Digital, para incrementar la eficiencia y la transparencia en el sector público por medio del uso estratégico de las tecnologías digitales con el fin de empoderar a los habitantes en el uso de servicios públicos.

La misión de Gobierno Digital consiste en proveer servicios eficientes y de calidad a los ciudadanos y las empresas, así como agilizar y hacer más transparente la gestión pública, con el fin de promover la competitividad y la productividad del país y mejorar la relación del gobierno con los ciudadanos, mediante el uso inteligente de las tecnologías digitales. Por su parte, la visión consiste en ser un país modelo de Gobierno Digital en la región latinoamericana, que haga un uso constante de las tecnologías de información y comunicación a favor de la sociedad costarricense.

Entre los objetivos estratégicos se encuentran:

- Alcanzar un nivel significativo de cultura y gobernanza de las TIC'S en el sector gobierno.
- Mejorar y asegurar servicios y procesos gubernamentales claves.
- Fomentar la interoperabilidad de procesos y trámites de las instituciones.
- Alcanzar un nivel significativo de conectividad del Estado.
- Mejorar de manera significativa el acceso y cultura tecnológica de los ciudadanos.
- Establecer mecanismos y procedimientos para la gestión propia de la Secretaría que impacten positivamente a instituciones y funcionarios del Estado.

La Estrategia Gobierno Digital tiene por objeto contribuir, mediante el aprovechamiento de las tecnologías digitales, a la construcción de un Estado más eficiente, más transparente, más participativo y que preste mejores servicios a los ciudadanos y las empresas, lo cual redundará en un sector productivo más competitivo, una administración pública moderna y una comunidad más informada y con mejores instrumentos para la participación.

Como mandato primordial de la Secretaría, está el buscar diseñar, integrar, e implementar soluciones basadas en las tecnologías de la información, a temas o asuntos que son de interés nacional, y que como tales, se constituyen en “iniciativas país”, impulsadas por el Gobierno de la

República con el propósito de posicionar al país en forma competitiva ante el resto del mundo, para lo cual debe entre otras cosas, cerrar la brecha digital y buscar formas más eficientes en las operaciones del Estado, y por último, facilitar la interacción y comunicación de la ciudadanía con el Estado.

La premisa fundamental de la cual parte el mandato de Gobierno Digital está basada en el siguiente enunciado: Si utilizamos las tecnologías de información de una manera integral, inclusiva y bajo esquemas de cooperación, estas van a conformar la herramienta global que permitirá un desarrollo más equitativo en nuestro país, y que apoyaría la reducción de las brechas sociales.

Estos aspectos nos dan la base para la definición de los ejes de acción que rigen la estrategia de gobierno digital, a saber:

- Calidad de los servicios públicos.
- Transparencia y participación.
- Eficiencia del Estado.
- Acceso.
- Gestión y políticas.

El compromiso del Estado de alcanzar una administración electrónica y de seguir una política amigable con el ambiente, concretizada en el plan cero papeles, justifica que el empleo de medios electrónicos en la contratación administrativa sea declarado de interés público. Baste recordar que los distintos ordenamientos que han previsto el empleo de los medios electrónicos en la contratación administrativa procura mejorar la eficacia de la contratación, reducir plazos, disminuir consumo recursos públicos; impulsar la inclusión y calidad de vida.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA
DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

DECRETA:

REFORMA DEL ARTÍCULO 40 DE LA LEY
DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA,
N° 7494, DE 2 DE MAYO DE 1995, Y SUS
REFORMAS

ARTÍCULO ÚNICO.- Modifícase el artículo 40 de la Ley de Contratación Administrativa, Ley N° 7494, de 2 de mayo de 1995, y sus reformas. Cuyo texto dirá de la siguiente forma:

“Artículo 40.- Sistema nacional de gestión electrónica

La actividad de contratación administrativa prevista en esta ley, deberá realizarse por medios electrónicos. Para tales efectos, el Poder Ejecutivo, por medio de la instancia encargada del desarrollo del Gobierno Digital, pondrá a disposición de la Administración Pública un único sistema nacional de gestión electrónica de las compras públicas, cuya regulación se hará mediante un reglamento a esta ley. Las entidades autónomas y las municipalidades podrán tener sus propios sistemas de gestión electrónica, únicamente cuando acrediten de manera técnica y financiera que se trata de una medida indispensable para atender de mejor forma el interés público a su cargo.”

TRANSITORIO.- Esta disposición regirá doce meses después de la publicación de esta reforma. Para tales efectos, el Poder Ejecutivo deberá emitir el reglamento correspondiente dentro de los primeros tres meses del plazo antes señalado. La negrita nos pertenece.

Como se puede observar el legislador en la propuesta transcrita contempla la posibilidad de alternativas cuando exista, como es el caso de la Caja, justificaciones técnicas y financieras para impulsar su propio sistema. Ello encuentra plena fundamentación en el desarrollo que se ha venido observando merced a las necesidades que impone la interacción con los usuarios, tanto internos como externos. De forma que si el legislador considera que el sistema que debe constituirse en vértice de la contratación pública electrónica estatal es el sistema Mer-Link o CompraRed pero sus funcionalidades no se ajustan a los especiales requerimientos que presenta la Caja, disponga la habilitación para que las entidades autónomas, impulsen su propio sistema, mismo que redunde no sólo en beneficio de las compras públicas que son meros medios para desplegar la conducta administrativa, sino de los administrados quienes demandan, como ya se indicó, servicios en términos de eficiencia y eficacia.

No se olvide que es la propia Caja Costarricense de Seguro Social, la que a través de la Junta Directiva, ha venido patrocinando la implementación del SIGES y el desarrollo de SIGES WEB como alternativa para soportar las compras institucionales electrónicas. En consecuencia, la Gerencia de Logística se abocó desde la instrucción del máximo jerarca a realizar la comisión encomendada, habiendo destacado a un equipo que desarrollara el sistema según las necesidades identificadas en aquella oportunidad.

En consecuencia, esta Gerencia recomienda que se esté a las conclusiones del Ministerio de Hacienda que definirá el sistema por el cual se ha decantar el Estado o en su defecto que se acoja la redacción que el legislador propuso en el Expediente N.º 19.024 de la Asamblea Legislativa y que en lo literal dispone:

“Artículo 40.- Sistema nacional de gestión electrónica

La actividad de contratación administrativa prevista en esta ley, deberá realizarse por medios electrónicos. Para tales efectos, el Poder Ejecutivo, por medio de la instancia encargada del desarrollo del Gobierno Digital, pondrá a disposición de la Administración Pública un único sistema nacional de gestión electrónica de las compras públicas, cuya regulación se hará mediante un reglamento a esta ley. Las entidades autónomas y las municipalidades podrán tener sus propios sistemas de gestión electrónica, únicamente cuando acrediten de manera técnica y financiera que se trata de una medida indispensable para atender de mejor forma el interés público a su cargo.” La negrita nos pertenece”.

La licenciada Aguilera Marín, con el apoyo de las siguientes láminas, se refiere al criterio en consideración:

- 1) Expediente 19123. Proyecto transparencia de las contrataciones administrativas por medio de la reforma del Artículo 40 de la Ley No. 7494.
Gerencia de Logística.

- 2) Antecedentes:
 - ▶ JD-PL-0049-14, de 28 de julio de 2014 en el que se instruye a este Despacho para emitir criterio respecto del proyecto de Ley para el fortalecimiento de las contrataciones administrativas a través de la reforma del Artículo 40 de la Ley de Contratación Administrativa que fuera remitido por la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa.

- 3) Reforma que se plantea
 - ▶ Sistema digital unificado de compras públicas.
 - ▶ Obligatoriedad de los órganos e instituciones públicas de incluir un vínculo en su página Web para acceder al sistema.
 - ▶ Adicionalmente incluir información sobre:
 - Decisión administrativa de iniciar la compra y el objeto contractual
 - Los aspectos más relevantes del cartel de licitación.
 - Cada una de las ofertas recibidas
 - El oferente escogido y las razones y los criterios que justificaron su escogencia.
 - Los términos más importantes del contrato.

- 4) Consideraciones previas.
 - GL17200-2014 se presentó ante la Junta Directiva el Informe producto de la comisión que encomendó el máximo jerarca institucional, a saber esa misma Junta. En aquella oportunidad se debió realizar un análisis sobre la viabilidad de acogerse al Sistema Unificado Electrónico de Compras Públicas, impulsado por el Poder Ejecutivo cuyo texto es importante reproducir en esta coyuntura que recoge la iniciativa legislativa por acogerse al “Sistema digital unificado de compras públicas.” Si bien dicho análisis se realizó dentro de otro contexto en el que se solicitaba realizar un sopesado escrutinio sobre la plataforma Mer-Link es lo cierto que muchas de las consideraciones vertidas con ocasión del estudio encomendado podrían mantener plena vigencia en tratándose de la Caja Costarricense de Seguro Social.

- 5) Consideraciones previas.
 - En aquella oportunidad la Caja se abocó a determinar qué cuestiones funcionales, financieras y jurídicas eran de relevancia para que el sistema pudiera satisfacer todas las necesidades que por su especialidad tiene esta Institución al tiempo que la Junta Directiva instruyó que se realizara un análisis de la funcionalidad del sistema SIGES “SISTEMA DE GESTION DE SUMINISTROS” y la posibilidad de evolución a de este sistema a uno SIGES-WEB sin dejar de considerar la integralidad y la importancia de la transparencia, equidad y eficiencia del proceso de contratación administrativa.

- 6) Consideraciones de fondo:
 - Codificación (homologación-estandarización).
 - Estándares abiertos.
 - Pilares de la contratación administrativa.
 - Pilares de la contratación administrativa.

7) Consideraciones de fondo:

- Paralelamente, cabe destacar que el Ministerio de Hacienda, al amparo del Decreto Ejecutivo Decreto número 37943-H-MICITT se encuentra realizando un estudio comparativo de los sistemas que subsisten a nivel nacional (MerLink y CompraRed) con el ánimo de determinar cuál de ellos es el que mejor podría garantizar la funcionalidad, accesibilidad y transparencia en las compras públicas electrónicas estatales. En consecuencia estima prudente este Despacho que el legislador considere las futuras conclusiones del Ministerio para decantarse por una reforma legal en consonancia con la definición del Ministerio que regenta la materia.

8) Consideraciones de fondo:

- Igualmente, es necesario que se considere la habilitación de un sistema en los entes que gozan de autonomía, si la conclusión del Ministerio de Hacienda arrojará como resultado que cualquiera de los sistemas pudiera ser insuficiente cuando se está delante de compras públicas en las que se requieren modulaciones específicas, como es el caso de la Caja, en donde por disposición de la Ley No. 6914 es menester desarrollar un registro de proveedores precalificados y en donde con independencia del monto o cuantía del negocio se sigue un único procedimiento.

9) Consideraciones de fondo:

- Igualmente, es necesario que se considere la habilitación de un sistema en los entes que gozan de autonomía, si la conclusión del Ministerio de Hacienda arrojará como resultado que cualquiera de los sistemas pudiera ser insuficiente cuando se está delante de compras públicas en las que se requieren modulaciones específicas, como es el caso de la Caja, en donde por disposición de la Ley No. 6914 es menester desarrollar un registro de proveedores precalificados y en donde con independencia del monto o cuantía del negocio se sigue un único procedimiento.

10) Consideraciones de fondo:

- Iniciativa del mismo Poder Legislativo que vislumbró la necesidad de habilitar opciones ante la eventual imposibilidad jurídico, funcional y financiera para acogerse al Sistema digital unificado de compras públicas, de acuerdo a los resultados que arroje el estudio que realiza el Ministerio de Hacienda en la actualidad.

11) Consideraciones de fondo:

- ▶ Es así como en la Gaceta N° 116 del 18 de Junio de 2014 se puso en conocimiento público mediante Edicto lo que de seguido se transcribe:

◦ “Artículo 40.- Sistema nacional de gestión electrónica

La actividad de contratación administrativa prevista en esta ley, deberá realizarse por medios electrónicos. Para tales efectos, el Poder Ejecutivo, por medio de la instancia encargada del desarrollo del Gobierno Digital, pondrá a disposición de la Administración Pública un único sistema nacional de gestión electrónica de las compras públicas, cuya

regulación se hará mediante un reglamento a esta ley. Las entidades autónomas y las municipalidades podrán tener sus propios sistemas de gestión electrónica, únicamente cuando acrediten de manera técnica y financiera que se trata de una medida indispensable para atender de mejor forma el interés público a su cargo.”

TRANSITORIO.- Esta disposición regirá doce meses después de la publicación de esta reforma. Para tales efectos, el Poder Ejecutivo deberá emitir el reglamento correspondiente dentro de los primeros tres meses del plazo antes señalado. La negrita nos pertenece.

12) Propuesta de acuerdo:

- ▶ Que de conformidad con el oficio N° GL-18.022-2014 suscrito por la Ing. Dinorah Garro Herrera, Gerente de Logística, se propone a la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios que esté a las conclusiones del Ministerio de Hacienda que definirá el sistema por el cual se ha decantar el Estado o en su defecto se acoja la literalidad de la propuesta de reforma que rola dentro del Expediente No. 19.024 de la Asamblea Legislativa y que en la literalidad señala: “Artículo 40. Sistema nacional de gestión electrónica. La actividad de contratación administrativa prevista en esta ley, deberá realizarse por medios electrónicos. Para tales efectos, el Poder Ejecutivo, por medio de la instancia encargada del desarrollo del Gobierno Digital, pondrá a disposición de la Administración Pública un único sistema nacional de gestión electrónica de las compras públicas, cuya regulación se hará mediante un reglamento a esta ley. Las entidades autónomas y las municipalidades podrán tener sus propios sistemas de gestión electrónica, únicamente cuando acrediten de manera técnica y financiera que se trata de una medida indispensable para atender de mejor forma el interés público a su cargo.” La negrita nos pertenece. COMUNÍQUESE.

Menciona el Director Barrantes Muñoz que lo propuesto le genera duda porque riñe con lo planteado por parte del estudio con el Ministerio de Hacienda. Considera que la transparencia debe promoverse y debe facilitar el mayor acceso posible de toda la ciudadanía a las gestiones en esta materia en las instituciones públicas. La Caja con ese planteamiento no apoya una propuesta que tiene que ver con la transparencia, de manera que no está de acuerdo con votar en esos términos, porque es un proyecto con el cual la Institución debe de comprometerse y, más bien, considera que debe agregarse al registro de proveedores actualizado en la Página web de la Institución.

A propósito de una consulta de la señora Presidenta Ejecutiva, aclara la licenciada Aguilera Marín que las compras públicas electrónicas, tal como las propone el Estado de Costa Rica están encerrando, básicamente, la parte de formalización contractual, o sea, desde la invitación de los proveedores a participar, hasta el acto de adjudicación. En este momento, el Ministerio de Hacienda realiza un estudio comparativo de los sistemas que existen a nivel país para conocer cuáles son las bondades de cada uno de los sistemas y definir uno de ellos a nivel nacional. Lo que se podría vislumbrar es que la Caja por las especiales condiciones, como compras, productos entre otros, no podría considerar que existe suficiente normalización contractual, para los efectos de transparencia y los controles por establecer de la trazabilidad del producto. Agrega, que se está proponiendo un sistema que pueda crear interface incorporándose la planificación, ejecución contractual y la materia de almacenamiento, de manera que el sistema digital unificado de compras públicas que propone el legislador versa sobre los dos sistemas, únicamente, pero con mayor énfasis a la parte de normalización, de ahí que las recomendaciones son: esperar que el

Ministerio de Hacienda defina cuál de las dos plataformas se ajusta mejor a las necesidades del país, pero a la vez que se permita el desarrollo de los otros componentes de la contratación administrativa.

La Directora Alfaro Murillo manifiesta que la recomendación señalada es acorde con lo que sería un sistema ideal; no obstante, en el tema de Proyecto es potestad del Poder Ejecutivo hacerlo, es una ley que viene a engrosar el listado de leyes que se deben eliminar. Además, el Ejecutivo puede hacer lo que disponga, dado que las instituciones autónomas y municipios tienen la potestad de hacer lo que estimen pertinente. Considera convenientes las recomendaciones que presentan. Recuerda que una ley no logra que se haga sino la voluntad política, que es justo lo que no hay; leyes sí hay muchas no así voluntad política.

En la misma línea de la licenciada Alfaro Murillo, el Director Devandas Brenes propone que el dictamen de la Junta Directiva debe ser en términos que se apoya el acuerdo de Ley; además, ordenar a la administración tomar las medidas, con el fin de que de inmediato sean aplicados los principios propuestos en el Proyecto y, de ser posible, en un plazo de quince días presenten el plan a éste Órgano Colegiado.

Interviene la Gerente de Logística y agrega que están de acuerdo con el tema de la transparencia, en términos de que los sistemas digitales son una gran responsabilidad y un reto para la Institución. Solicita que quede en actas, que los dos sistemas que propone el Gobierno se enfocan en un solo principio de la contratación administrativa, no significa que están en desacuerdo, sino que se está proyectando más allá. Además, en quince días se presentará un Sistema de Gestión de Suministros que incluye la planificación, para transparentar compras y comunicar al proveedor y, posteriormente, desarrollar y ejecutar.

La ingeniera Alfaro Murillo deja constancia su voto en favor del Proyecto de Ley, pero realmente considera que no es necesario.

Por tanto, conformidad con el citado oficio N° GL-18.022-2014, la Junta Directiva –en forma unánime- ACUERDA comunicar a la Comisión consultante que ve con beneplácito la iniciativa que apoya.

Asimismo, se propone a la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios que se esté a las conclusiones del Ministerio de Hacienda que definirá el sistema por el cual se ha de decantar el Estado o en su defecto se acoja la literalidad de la propuesta de reforma que rola dentro del Expediente número 19.024 de la Asamblea Legislativa y que, en la literalidad, señala:

“Artículo 40. Sistema nacional de gestión electrónica. La actividad de contratación administrativa prevista en esta ley, deberá realizarse por medios electrónicos. Para tales efectos, el Poder Ejecutivo, por medio de la instancia encargada del desarrollo del Gobierno Digital, pondrá a disposición de la Administración Pública un único sistema nacional de gestión electrónica de las compras públicas, cuya regulación se hará mediante un reglamento a esta ley. Las entidades autónomas y las municipalidades podrán tener sus propios sistemas de gestión electrónica, únicamente cuando acrediten de manera técnica y financiera que se trata de una medida indispensable para atender de mejor forma el interés público a su cargo.” La negrita nos pertenece.

Asimismo, se solicita a la Administración que vaya avanzando con los principios contenidos en el citado Proyecto de ley y, en ese sentido, se vaya preparando un plan.

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

La ingeniera Garro Herrera y el equipo de trabajo que la acompaña se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 22º

Según lo dispuesto en el artículo 1º de esta sesión se presenta y acoge la propuesta de acuerdo en relación con la situación de los quirófanos del Hospital México.

Por lo tanto, conocido el informe expuesto por la Gerencia Médica y la Administración Hospitalaria, en relación con la situación del estado electromecánico de las salas de cirugía del Hospital México y el plan de contingencia puesto en marcha, y haciendo patente su preocupación por la afectación de múltiples procedimientos médicos, tal y como se ha dado a conocer, la Junta Directiva –en forma unánime- acuerda:

- a) Instruir a la Gerencia Médica y a la Administración del Hospital México, para que elaboren y ejecuten un plan de trabajo con las acciones, plazos, presupuestos y responsables, que resulten convenientes en el corto, mediano y largo plazo, bajo criterios de oportunidad y conveniencia, para el resguardo y continuidad de la atención de la salud y el servicio público que demandan los usuarios, con eficiencia y oportunidad.
- b) Instruir la Gerencia Médica para que realice una investigación sobre los hechos y presuntas omisiones que pudieran haber afectado el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones del Hospital México con la consecuente afectación de los servicios a la población, a efectos de que determinen la posible existencia de responsabilidades, haciendo también referencia a lo dispuesto por la Auditoría Interna en su informe ASS-206-R del año 2009 y en el ASAAI-167-R-2009.
- c) Solicitar a la Auditoría Interna un informe respecto de la ejecución presupuestaria de las partidas de mantenimiento del Hospital México, de los últimos diez años, y del cumplimiento de la normativa vigente, así como de los informes de la Auditoría sobre este tema.
- d) Instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para que presente un informe sobre la situación del mantenimiento y evaluación de riesgo de las instalaciones electromecánicas del Hospital México, y dé su apoyo a la gestión de la Administración Hospitalaria.
- e) Ofrecer disculpas a los afectados directos por la situación presentada en los quirófanos del Hospital México y se expresa el compromiso institucional de trabajar de manera intensa para evitar que esta situación se repita

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

Ingresan al salón de sesiones, las licenciadas Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y Karen Vargas López, Abogada de la Dirección Jurídica.

ARTICULO 23°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-51505-14, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.

ARTICULO 24°

Por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** reprogramar para la sesión extraordinaria del 11 de los corrientes, los siguientes asuntos de la Gerencia de Pensiones, cuyos oficios han sido firmados por el licenciado Miguel Pacheco Ramírez, Gerente de Pensiones:

- a) Oficio N° GP-35.284-14, de fecha 29 de julio del año 2014: informe ejecución presupuestaria del Régimen no Contributivo de Pensiones a junio del año 2014.
- b) Oficio N° GP-35.354-14, del 1° de agosto del año 2014: propuesta incremento en el número de pensiones ordinarias nuevas del Programa Régimen no Contributivo, establecidas para el año 2014.
- c) Propuesta de convenio entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social) referente al suministro de información.
- d) Expediente 17.908, Proyecto reforma a la Ley de Protección al Trabajador, número 7983, se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.37.370-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 19 de junio del presente año, número PIII-015-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Legislativa Plena III de la Asamblea Legislativa: Externa criterio mediante oficio N° GP-35.149-14 del 15-07-14; como complemento se presenta el oficio N° GP-35.355-14 del 1° de agosto en curso.

Por otra parte, se reprograma para la sesión ordinaria del 14 de agosto en curso, los asuntos que se detallan:

1. Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

Proyectos de ley:

- a) Se externa criterio: Expediente N° 17.968, Proyecto “Ley de Creación de un Hospital de Hatillo y Barrios del Sur de San José”, se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.37.759-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 22 de julio del presente año, número AGRO-264-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Agropecuarios y Recursos Naturales. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, quien coordina y remite el criterio unificado. (8727). Externa criterio unificado mediante oficio N° GIT-33.661-14 del 1°-08-14.

- b) Se solicita prórroga: Expediente número 17.953, “Proyecto creación del nuevo Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, en Pérez Zeledón, para el mejoramiento y el fortalecimiento de los servicios de salud en los seis Cantones de la Zona Sur de Costa Rica”, se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.38.944-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se adjunta copia de la comunicación fechada 31 de julio del presente año, número CEIRB-004-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, quien coordina y remite el criterio unificado. Mediante oficio N° GIT-33.659-14 del 1°-08-14, solicita prórroga ocho días hábiles para externar criterio.

2. Gerencia Administrativa.

Proyectos de ley:

- i) Externa criterio: expediente número 18.377, Proyecto ley para el congelamiento provisional de salarios de los altos jerarcas de los tres poderes de la República y las instituciones autónomas, se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.38.907-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 29 de julio del presente año, número ECO-535-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Económicos de la Asamblea Legislativa. Externa criterio mediante oficio N° GA-20253-14 del 4-08-14.
- ii) Se solicita prórroga:
- a) Expediente número 19.099, Proyecto ley para la libertad religiosa y de culto, se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.38.949-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 31 de julio del presente año, número CG-244-2014, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa. Mediante oficio N° GA-20251-14 del 1°-08-14, solicita prórroga hasta el 25 de agosto del año en curso, para externar criterio.
- b) Expediente número 19.156, Proyecto ley límites a las remuneraciones totales en la función pública, se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE.37.784-14, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 23 de julio del presente año, número CJ-79-2014, suscrita por la Jefa Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa. (9°, 8727). Mediante oficio N° GA-20.265-14 del 05-08-14, solicita ampliación del plazo hasta el 20 de agosto próximo externar criterio.

3. Criterios jurídicos solicitados.

4. Propositiones y asuntos varios de los señores Directores.

- a) Propuesta del Director Devandas Brenes:

- i.** Convocatoria a asamblea general de la Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la CCSS S. A.
 - ii.** Propuesta: para que se agregue un artículo al Reglamento Interno de la Junta Directiva que diga: "Las sesiones de Junta Directiva, tendrán una duración de seis horas, salvo que por unanimidad, mediante moción de orden, los miembros presentes decidan ampliar el plazo por un máximo de dos horas".
 - iii.** Planteamiento Directora Alfaro Murillo, en relación con nombramiento Directores Regionales de Servicios Médicos; caso Región Huetar Norte.
- 5.** Aprobación actas de las sesiones números 8721, 8722 y 8723.
- 6.** Auditoría.
 - a)** Informe general sobre la investigación que se realiza en torno a compra implementos para Ortopedia, para hospitales.

A las veintiuno horas con cincuenta y cinco minutos se levanta la sesión.