

Jueves 23 de abril de 2015

Nº 8773

Acta de la sesión ordinaria número 8773, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 23 de abril de 2015, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La Directora Alfaro Murillo, informó que retrasará su llegada a esta sesión, dado que tiene una cita médica en el Hospital San Vicente de Paúl.

Los Directores Devandas Brenes, Barrantes Muñoz y Alvarado Rivera retrasarán su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1º

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

ARTICULO 2º

No habiendo observaciones **se aprueba** la agenda para esta sesión, según el documento que ha sido distribuido.

ARTICULO 3º

Se somete a revisión y **se aprueba** el acta de la sesión número 8764.

ARTICULO 4º

La señora Presidenta Ejecutiva se refiere a la invitación que cursan la señora Ministra de Educación, doctora Sonia Marta Mora Escalante; el Presidente del Sindicato de Trabajadores de la Educación Costarricense (SEC), y el licenciado Gerardo Azofeifa Rodríguez, Oficial Mayor del MEP, para el acto inaugural de la Semana de la Seguridad Social, que tendrá lugar en el Salón de Eventos del Estadio Nacional.

Consulta doña Rocío si alguno de los señores Directores desea participar para confirmar la asistencia.

La Directora Soto Hernández manifiesta que ella participará. Por tanto, se procederá a confirmar su asistencia.

Se toma nota.

Ingresa al salón de sesiones el Director Devandas Brenes.

ARTICULO 5°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22.814-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 6°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22.814-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 7°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22.814-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 8°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22.814-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 9°

Se tiene a la vista el oficio número 2363-15, fechado 6 de marzo del año 2015, suscrito por la Licda. Silvia Navarro Romanini, Secretaria General de la Corte Suprema de Justicia, por medio del que comunica el acuerdo tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 12-15, celebrada el 12 de febrero del año 2015, que literalmente se lee de este modo:

“ARTÍCULO XCV

DOCUMENTO N° 14288-13, 1347-15

La señora Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante oficio N° 19.955 recibido el 4 de febrero de 2015, hizo de conocimiento lo siguiente:

“En atención a su oficio número 10848-14 de fecha 22 de octubre del año anterior, me permito informarle lo resuelto por la Junta Directiva de la Caja, en el artículo 21 ° de la sesión N° 8761, celebrada el 29 de enero de 2015, que literalmente dice:

“ARTICULO 21°

Se conoce la nota número P.E 47.262-14 de fecha 27 de octubre del año 2014, suscrita por la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante la cual adjunta el oficio N° 10848-14, de fecha 22 de octubre de 2014, suscrito por la Licda. Silvia Navarro Romanini, Secretaria General, Corte Suprema de Justicia, referente a acuerdo del Consejo Superior del Poder Judicial. En el oficio N°

10848-14 se transcribe el acuerdo tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 88-14, celebrada el 7 de octubre de 2014, artículo LXXXI, en lo conducente dice:

“Se acordó: 1) Tener por hechas las manifestaciones del doctor Raúl Bonilla Montero, Jefe del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial y acoger las recomendaciones que propone. 2) Teniendo conocimiento este Consejo, según lo informa el doctor Bonilla que el doctor Alvarado estudió su especialidad en Psiquiatría en el Sistema de Estudio de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, tiene el título de Psiquiatra extendido por la Universidad de Costa Rica, y el título del Colegio de Médicos y Cirujanos que lo habilita para ejercer en todo el territorio nacional. Deviene innecesaria la prevención que hace la Dirección de Gestión Humana de la equiparación del título de bachiller, por cuanto ya su validez fue valorada para la obtención de dichos títulos profesionales, y la procedencia de ese requisito debe ser valorado en cada caso concreto. 3) Aprobar la publicación de una nueva circular en que se recuerde a las autoridades judiciales las condiciones de traslado de personas a CAMPENCOL, así como la utilización del recurso de videoconferencias para la declaración de los peritos en juicio, lo cual redundará en un mejor aprovechamiento de ese recurso técnico, que mejora a su vez la atención de las personas usuarias. 4) Hacer este acuerdo de conocimiento de la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social.

La Dirección de Gestión Humana, el Organismo de Investigación Judicial, y la Secretaría General de la Corte, tomarán nota para los fines consiguientes”.

*y la Junta Directiva **ACUERDA** tomar nota y trasladarlo a la Gerencia Médica, para lo correspondiente.”*

En sesión N° 75-14 celebrada el 21 de agosto de 2014, artículo XCIX, se tomó nota del oficio remitido por la doctora María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social y de la comunicación de la licenciada Alejandra Rojas Calvo, Jueza Coordinadora interina del Juzgado Penal de Heredia, ambos relacionados con la optimización de las instalaciones del Centro de Atención a las Personas con Enfermedad Mental y Conflictos con la Ley (CAPEMCOL) y la priorización de ingreso de internos; y previamente a resolver se le concedió a la doctora Villalta Bonilla la audiencia que solicitó.

Además, se dispuso: “... Comunicar mediante aviso a las Autoridades Penales, la Defensa Pública y el Organismo de Investigación Judicial el contenido del oficio que tiene como título: “Optimización de las instalaciones del Centro de Atención a las Personas con Enfermedad Mental y Conflictos con la ley. Priorización de ingreso de internos” remitido a este Poder de la República por la doctora Villalta Bonilla, en cuanto señala: “... informamos que a partir del 14 de agosto 2014, se recibirán en el Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley adscrito al Hospital Nacional Psiquiátrico, las personas a los

cuales se les impone una medida cautelar de internamiento para observación, siempre y cuando la medida ordenada por el tribunal se fundamente en la solicitud expresa por parte de la Sección de Psiquiatría Forense una vez evaluada la condición de salud mental por parte de esa dependencia: de conformidad con la aplicación del artículo 86 del Código Procesal Penal, que establece que “Si es necesario el internamiento del imputado para elaborar el informe pericial sobre su capacidad, la medida podrá ser ordenada por el tribunal, a solicitud de los peritos, sólo cuando exista la probabilidad de que el imputado haya cometido el hecho y esta medida no sea desproporcionada respecto de la importancia de la pena o medida de seguridad que podría imponerse”. Posteriormente, en sesión N° 80-14 del 9 de setiembre de 2014, artículo II, se tomó nota de las manifestaciones vertidas por las doctoras María Villalta Bonilla, Lilia Uribe López y el doctor Cristian Elizondo Solano, así como de la licenciada Alcira Hernández Rodríguez y de los licenciados Adolfo Guillermo Johanning Pérez y Gilberto Alfaro. Y, en lo que interesa se reiteró a la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, el interés de este Consejo de tomar las medidas necesarias y buscar alternativas que solventen la situación descrita, así como de analizar otras vías en aras de lograr capacitar a médicos psiquiatras.

Además se le solicitó, al doctor Raúl Bonilla Montero, Jefe del Departamento de Medicina Legal, que por ser un tema de interés institucional coordinara la posibilidad de establecer un proyecto especial para descongestionar estos casos, mediante recursos extraordinarios.

Finalmente, en sesión N° 88-14 celebrada el 7 de octubre del 2014, artículo LXXXI, se tomó el acuerdo cuya parte dispositiva literalmente dice:

"(...)

***Se acordó:** 1) Tener por hechas las manifestaciones del doctor Raúl Bonilla Montero, Jefe del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial y acoger las recomendaciones que propone. 2) Teniendo conocimiento este Consejo, según lo informa el doctor Bonilla que el doctor Alvarado estudió su especialidad en Psiquiatría en el Sistema de Estudio de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, tiene el título de Psiquiatra extendido por la Universidad de Costa Rica, y el título del Colegio de Médicos y Cirujanos que lo habilita para ejercer en todo el territorio nacional, deviene innecesaria la prevención que hace la Dirección de Gestión Humana de la equiparación del título de bachiller, por cuanto ya su validez fue valorada para la obtención de dichos títulos profesionales, y la procedencia de ese requisito debe ser valorado en cada caso concreto. 3) Aprobar la publicación de una nueva circular en que se recuerde a las autoridades judiciales las condiciones de traslado de personas a CAMPENCOL, así como la utilización del recurso de videoconferencias para la declaración de los peritos en juicio, lo cual redundará en un mejor aprovechamiento de ese recurso técnico, que mejora a su vez la atención de las personas usuarias. 4) Hacer este*

acuerdo de conocimiento de la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social.”

***Se acordó:** Tomar nota del acuerdo adoptado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en sesión N° 8761, celebrada el 29 de enero de 2015, artículo 21 y solicitar a la Dirección Ejecutiva dar seguimiento a lo que resuelva la Gerencia Médica de esa Entidad”,*

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica, para la atención correspondiente.

ARTICULO 10°

Se tienen a la vista las comunicaciones que se detallan:

- D)** Copia del oficio número 2375-15, de fecha 6 de marzo del año 2015, que firma el señor Gustavo Barquero Morales, Prosecretario General, Secretaría General, Corte Suprema de Justicia, dirigido a la Máster Ana Eugenia Romero Jenkins, Directora Ejecutiva, por medio del que le comunica el acuerdo tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 13-15, celebrada el 17 de febrero del año 2015, que literalmente se lee de este modo:

“ARTÍCULO XLVII

Documento N° 12292-14 y 1399-15

En sesión N° 94-14 celebrada el 28 de octubre del 2014, artículo LXVII, al conocerse el informe N° 1978-TI-2014 suscrito por la licenciada Nacira Valverde Bermúdez, Jefa del Departamento Financiero Contable, referente a las cuentas por cobrar a la Caja Costarricense del Seguro Social, y el Instituto Nacional de Seguros, por concepto de incapacidades de enfermedad, maternidad, fase terminal y accidentes de tránsito, este Consejo, tomó nota del informe rendido por la licenciada Nacira Valverde Bermúdez, Jefa del Departamento Financiero Contable y lo hizo de conocimiento -entre otros- a la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social.

La señora Emma Zúñiga Valverde. Secretaria de la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, en oficio N° 24.471 de 4 de febrero de 2015, comunicó lo siguiente:

“En atención a su oficio N° 11704-14, de fecha 12 de noviembre del año anterior, me permito informarle lo dispuesto por la Junta Directiva de la Caja, en el artículo 31° de la sesión N° 8761, celebrada el 29 de enero de 2015, que a la letra se lee así:

“ARTICULO 31°

Se tiene a la vista el oficio número P.E. 47.509-14 de fecha 13 de noviembre del año 2014, suscrito por la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante el cual remite el oficio ° 11704-14, de fecha 12 de noviembre de 2014, que firma la Licda. Silvia Navarro Romanini, Secretaria General de la Corte Suprema de

Justicia, en el que transcribe el acuerdo tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 94-1 (sic), celebrada el 28 de octubre del año 2014, que literalmente se lee así:

"ARTÍCULO LXVII

Documento N° 12292-1 4

Mediante oficio N° 1 1334-DE-2014 de 15 de octubre de 2014, la máster Ana Eugenia Romero Jenkins, Directora Ejecutiva, remitió el informe N° 1978-TI-2014 suscrito por la licenciada Nacira Valverde Bermúdez, Jefa del Departamento Financiero Contable, que literalmente dice:

“En forma atenta, se remite el informe al 30 de setiembre de 2014, respecto a las cuentas por cobrar a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), y el Instituto Nacional de Seguros (INS), por concepto de incapacidades de enfermedad, maternidad, fase terminal y accidentes de tránsito, de lo cual existe un saldo de 1.784.513.380. 69 (un mil setecientos ochenta y cuatro millones quinientos trece mil trescientos ochenta colones con 69/100) y 14.137.752.30 (catorce millones ciento treinta y siete mil setecientos cincuenta y dos colones con 30/100), respectivamente.”.

***Se acordó:** 1) Tomar nota del informe rendido por la licenciada Nacira Valverde Bermúdez, Jefa del Departamento Financiero Contable. 2.) Hacer este acuerdo de conocimiento de la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social y del Instituto Nacional de Seguros. 3) Solicitar a la Jefatura del referido Departamento que continúe con las gestiones que correspondan para lograr el pago de las sumas adeudadas, y así no afectar el uso de dichos recursos en la Administración de Justicia.*

*La Dirección Ejecutiva tomará nota para los fines consiguientes".
y la Junta Directiva ACUERDA tomar nota y hacerlo del conocimiento de la Gerencia Financiera para lo correspondiente.”*

***Se acordó:** 1.) Tomar nota del oficio N° 24.471 de la de la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social 2.) Solicitar a la Dirección Ejecutiva que de seguimiento a las gestiones realizadas por la Gerencia Financiera de la Caja Costarricense del Seguro Social, a fin de recuperar las sumas adeudadas al Poder Judicial por concepto de incapacidades de enfermedad, maternidad, fase terminal y accidentes de tránsito”,*

- II)** Copia del oficio número P.E. 25.815-15, de fecha 9 de abril del año 2015, suscrita por la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, dirigida al Gerente Financiero, mediante el cual, para su atención, le adjunta el oficio N° 3420-15 de fecha 7 de abril del año 2015, suscrito por la Licda. Silvia Navarro Romanini, Secretaria General de la Corte Suprema de Justicia, en relación con el oficio N° 2708-15 del 17 de marzo del año 2015; asimismo, señala que conforme con los diversos oficios que sobre el tema le ha remitido, se le solicita presentar un informe referente a lo actuado y pasos pendientes. En lo que interesa sobre el oficio N° 2708-15, en que se transcribió el acuerdo tomado por el

Consejo Superior en sesión N° 23-15 celebrada el 12 de marzo del año 2015, artículo XXXVII, comunica que en el trámite de aprobación del acta se modificó la parte dispositiva de la siguiente forma: “ ***Se acordó: 1.) Tomar nota del informe rendido por la licenciada Nacira Valverde Bermúdez, Jefa del Departamento de Financiero Contable, respecto de las cuentas por cobrar a la Caja Costarricense de Seguro Social por concepto de subsidios de incapacidad y otros, al 31 de enero del 2015. 2.) Hacer una instancia a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social para el pronto pago de las sumas que se adeudan al Poder Judicial. Se declara este acuerdo firme***”,

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

Asimismo, se tiene a la vista la copia del oficio número P.E. 46.302-14, de fecha 16 de octubre del año 2014, que firma la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, dirigido al Gerente Financiero, al cual adjunta el oficio N° 10393-14, de fecha 13 de octubre del año 2014, remitido por la Licda. Silvia Navarro Romanini, Secretaria General de la Corte Suprema de Justicia, sobre el acuerdo tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 85-14 celebrada el 24 de setiembre de 2014. Por ser un asunto de competencia de esa Gerencia, lo traslada para su atención y seguimiento. Se transcribe, seguidamente, el acuerdo tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 85-14, celebrada el 24 de setiembre del año 2014 que literalmente dice:

“ARTÍCULO XXIV

Documento 10854-14

Mediante oficio N° 10311-DE-2014 del 17 de setiembre de 2014, la máster Ana Eugenia Romero Jenkins, Directora Ejecutiva, remite oficio 1698-TI-20 14 de 12 de setiembre en curso, suscrito por la licenciada Nacira Valverde Bermúdez, Jefa del Departamento de Financiero Contable, donde remite el informe mensual respecto las cuentas por cobrar a la Caja Costarricense de Seguro Social e Instituto Nacional de Seguros por concepto de subsidios de incapacidad y otros, al 31 de agosto del 2014, que literalmente dice:

“En forma atenta, se remite el informe al 31 de agosto del 2014¹, respecto a las cuentas por cobrar a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), y el Instituto Nacional de Seguros (INS), por concepto de incapacidades de enfermedad, maternidad, fase terminal y accidentes de tránsito, de lo cual existe un saldo de ¢1.774.184.442,77 (Un mil setecientos setenta y cuatro millones ciento ochenta y cuatro mil cuatrocientos cuarenta y dos colones con 77/100) y ¢14.121.365,95 (catorce millones ciento veintiún mil trescientos sesenta y cinco colones con 95/100), respectivamente.”

¹ Considerando los tres meses que tiene la CCSS para efectuar los pagos, de acuerdo con el Convenio suscrito entre ese Ente Social y el Poder Judicial, para los casos de incapacidades de enfermedad, maternidad y fase terminal, se remite con corte al 31 de mayo del 2014.

Se acordó: 1.) Tomar nota del informe rendido por la licenciada Nacira Valverde Bermúdez, Jefa del Departamento Financiero Contable. 2.) Hacer este acuerdo de conocimiento de las Juntas Directivas de la Caja Costarricense del Seguro Social y del Instituto Nacional de Seguros. 3) Solicitar a la Jefatura del referido Departamento que continúe con las gestiones que correspondan para lograr el pago de las sumas adeudadas, y así no afectar el uso de dichos recursos en la Administración de Justicia.”” ,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** tomar nota de que el asunto fue trasladado a la Gerencia Financiera, para atención y seguimiento.

ARTICULO 11°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22.814-15** el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

ARTICULO 12°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22.814-15** el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

ARTICULO 13°

Se toma nota del oficio número DJ-1636-2015 del 16 de marzo del año 2015, que firma el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, dirigido a los señores Miembros de Junta Directiva, a la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, y al Lic. Manuel León Alvarado, Gerente Administrativo, mediante el cual recuerda que estará disfrutando de vacaciones del 23 de marzo al 10 de abril del año 2015; se incorporará sus labores el 13 de abril del año en curso. Indica que durante dicho período el Lic. Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector Jurídico, lo sustituirá en el cargo, y realizará las labores propias del puesto de Director Jurídico, por lo que pueden dirigirse al Lic. Rodríguez para tratar asuntos jurídicos que consideren necesaria la intervención de esa Unidad.

ARTICULO 14°

Se tienen a la vista los oficios que seguidamente se especifican:

- D)** Número CVRIVM-005-2015 de fecha 12 de marzo del año 2015, suscrita por los señores Héctor Valenciano Fallas, Presidente del Comité, Representante del Sector Solidarista; Juan Carlos Durán Castro, Representante Sindical; Hernán Solano Pacheco, Representante Cooperativismo; Eric Cascante Picado, Representante Patronal; Edgar Ugalde Soley, Representante Patronal, y Jorge Luis Araya Chaves, Representante Patronal, en el cual remiten el Informe Final del Comité de Vigilancia del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), correspondiente al período 2013-2014. El citado informe dice en forma textual:

- 1. “Claridad sobre el estado actual de la sostenibilidad financiera del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.**

Tal y como es de conocimiento de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), una de las mayores preocupaciones de este Comité de Vigilancia ha sido y es la sostenibilidad financiera y actuarial del Seguro de IVM.

En reiteradas ocasiones se recomendó la contratación de una firma especializada en la materia (con especial énfasis por parte del Superintendente de Pensiones), para definir de una vez por todas cuál es la situación real de las finanzas de este Seguro y las medidas que se deberían de tomar para garantizar el equilibrio actuarial de mediano y largo plazo que permita mantener un Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), por muchas décadas más, aspecto planteado ya que en principio se adujo que se requería la participación de un tercero para dirimir las diferencias técnicas entre la Caja y la SUPEN.

El estudio en cuestión está siendo elaborado por el consultor argentino Doctor Eduardo Melinsky, pero de acuerdo con la documentación que se nos ha facilitado, llama la atención que al día de hoy, ninguno de los productos entregados haya sido recibido a satisfacción por los técnicos de la CCSS y de la SUPEN, aspecto debidamente documentado y aceptado por el propio Superintendente de Pensiones según consta en el expediente del contrato, custodiado por el Ingeniero Ubaldo Carrillo Cubillo. Es más, la misma Gerencia de Pensiones ha firmado una resolución donde suspende el contrato por un período de 3 meses, con el propósito de que sea la Universidad de Costa Rica la que revise los productos entregados.

Recomendación 1:

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, este Comité recomienda a la Junta Directiva dar seguimiento a que se cumplan las recomendaciones que realice la Universidad de Costa Rica ante la revisión realizada a los productos que entregara el Dr. Eduardo Melinsky, de acuerdo con lo que establece la Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento.

Recomendación 2:

De acuerdo con la documentación que obra en el expediente de ejecución contractual, se tiene documentado que el contratista, Dr. Eduardo Melinsky, no se encuentra registrado como patrono o como trabajador independiente ante la Caja, lo cual es contrario a lo establecido en el artículo 74 de la Ley Constitutiva de la Caja, razón por la cual se solicita a la Junta Directiva que instruya con carácter de urgencia al Director Jurídico de la Institución, Licenciado Gilberth Alfaro Morales, que analice tal situación y emita un criterio en relación con el posible incumplimiento del Contratista a la norma de cita, dicho criterio deberá de analizar la posible resolución contractual.

2. Convocatoria a un Diálogo Nacional de Seguridad Social.

En relación con el diálogo nacional que se deberá de dar en materia de sostenibilidad económica y actuarial del Seguro de IVM, este debe ser convocado y estar sustentado

sobre la base de estudios técnicos que no admitan cuestionamiento alguno, es decir, la base técnica debe ser incuestionable, para que esta brinde la seguridad necesaria a la toma de decisiones, acto que sin duda alguno reviste de un impacto nacional.

Según la programación del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, corresponde la etapa de diálogo nacional para el año 2016, es decir, se requiere que al finalizar el año 2015 se haya finalizado con el diagnóstico necesario, esto es, la valuación actuarial que demuestre cuál es la situación del Seguro de IVM.

*Diálogo que nos parece **no debe** partir únicamente con un abordaje que coloque de entrada aumentos en la edad, las cuotas o la participación relativa en la prima (modificar la proporción de lo que pagan patronos, trabajadores y Estado como tal), sino por el contrario, debe iniciar con el análisis del Sistema Nacional de Pensiones y las reformas deben tener su génesis a partir de los resultados obtenidos, donde se vislumbre la integralidad de ajustes tanto en el primer como segundo pilar de pensiones, donde el rol que juega el segundo pilar debe estar en función de un verdadero fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y su orientación determinada a mejorar realmente las pensiones de una población adulta mayor que requiere una vejez digna. Esto sin mencionar el posible impacto de esta inclusiva, justa y necesaria ruta en la erradicación de la pobreza extrema, la pobreza y en definitiva la mejor distribución de riqueza nacional a partir de un mejor perfeccionamiento del modelo de desarrollo nacional.*

Recomendación 3:

La Junta Directiva de la CCSS deberá de tomar las medidas necesarias que garanticen la finalización del diagnóstico de situación del Seguro de IVM en el año 2015, así como determinar quién guiará el proceso de diálogo nacional en materia de análisis y reforma del Sistema Nacional de Pensiones.

3. Supervisión efectiva del RIVM por parte de la SUPEN.

Para el Comité de Vigilancia ha quedado clara la posición de la Junta Directiva en cuanto a la posibilidad de que la Supen regule al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, al argumentar la Junta Directiva aspectos legales y sobre todo de autonomía de la Caja, es decir, ante el bloque legal y constitucional existente que presupone un amplio abundamiento jurisprudencial sobre esta aspiración de la Supen, debe quedar claro que la Supen deberá seguir limitándose a la supervisión exclusivamente ya que hasta ahora es lo que le permite nuestro ordenamiento jurídico y además no se vaticina un cambio profundo en el corto plazo.

Pero lo que sí es claro para este Comité, es que la Junta Directiva debe adoptar una serie de medidas de buena gobernanza que permitan corregir aspectos contables y de estados financieros que la SUPEN ha venido planteando de forma recurrente y que a la fecha no han tenido el suficiente eco en la administración de la Caja. Tema que tiene distintos matices, pero que en definitiva de cara a la opinión pública debe ser entendido como una buena señal proactiva y asertiva que ayude a diluir enfoques erróneos y sobredimensionamientos que solo ayudan a deteriorar la imagen institucional.

Recomendación 4:

Que la Junta Directiva instruya a las gerencias a analizar la normativa emitida por CONASSIF y SUPEN en cuanto a buena gobernanza y gobierno corporativo, con el fin de que presenten a dicha Junta un informe de la conveniencia o no de adoptar dicha normativa en la Caja.

Recomendación 5:

Que la Junta Directiva inste a la Gerencia de Pensiones a que busque que el régimen se certifique en buenas prácticas en el manejo financiero con organismos como ISO e INTECO, esto con el fin de dar mayor transparencia al manejo de la cartera.

4. Revisión de convenios de aseguramiento colectivo.Recomendación 6:

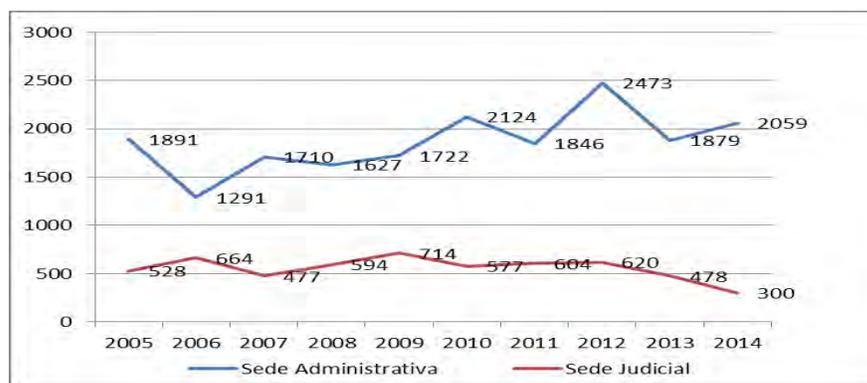
Este Comité sugiere se realice una auditoría a cada uno de los convenios especiales de aseguramiento en aras de verificar que quienes estén cobijados al amparo de los mismos no estén recibiendo subsidios que no les corresponden lo que generaría una afectación importante tanto al cotizante a la hora de recibir su pensión como a la misma Institución al dejar de percibir ingresos por concepto de aseguramiento.

5. Declaratoria de Invalidez.

A pesar de los esfuerzos llevados a cabo por parte de la Gerencia de Pensiones, persisten los casos de pensiones por invalidez que fueron otorgados en sede judicial. La proporción de casos muestra un cambio en los dos últimos años, pero queda la duda en cuanto a si la caída en los casos aprobados sea por una acumulación en los Tribunales de Justicia. A pesar de lo anterior, pareciera ser que en Costa Rica se tienen dos formas de determinar el estado de invalidez, esto es, la metodología que utiliza la Dirección de Calificación de Invalidez de la Caja y la metodología de la Medicatura Forense del Poder Judicial.

A continuación se presenta una gráfica que muestra el comportamiento de casos aprobados en sede administrativa y judicial:

Gráfico No. 1
Evolución de los casos aprobados de pensión por Invalidez en Sede Administrativa y Sede Judicial



Fuente: Subárea de Investigación y Estudios Especiales, Dirección Administración Pensiones

Recomendación 7:

Este Comité le recomienda a la Junta Directiva instruir a la Gerencia de Pensiones y a la Dirección de la Calificación de la Invalidez, a continuar con las actividades de coordinación con el Poder Judicial y más específicamente con el Departamento de medicina legal con el fin de que se estandaricen los procedimientos para el dictamen del estado de invalidez de un afiliado. Es importante que exista una buena coordinación entre ambas entidades con el fin de unificar criterios y aplicar los mismos procedimientos.

6. Mejora en la Administración del Régimen.

Dada la existencia en Costa Rica de un mercado desarrollado, supervisado, regulado y de amplias condiciones para operaciones crediticias hipotecarias, a diferencia de hace algunas décadas, este Comité considera que pese a la gestión y rendimientos que ha obtenido la Gerencia de Pensiones en materia de colocación de créditos hipotecarios, se observa que el monto de las colocaciones ha decrecido en el tiempo, es decir, se aprueban pocos créditos por año con la misma capacidad instalada, razón por la cual es criterio del Comité de Vigilancia que esta actividad debería de eliminarse, como una de sus actividades y enfocarse en la mejor administración de las pensiones.

Recomendación 8:

Se insta a la Junta Directiva a solicitar a la Gerencia de Pensiones, nuevas alternativas para diversificar el portafolio de inversiones, mediante crédito hipotecario, esto es, identificar opciones que pueda ofrecer el mercado para que un

tercero brinde los servicios de colocación o hasta la administración de la cartera, de tal manera que se pueda diversificar el portafolio y obtener una rentabilidad adecuada de los recursos colocados. Al implementar esta nueva alternativa de colocación, el recurso humano actual se podría trasladar a fortalecer el trámite de pensiones a nivel regional, lo que sin duda dará como resultado una mejor atención del cotizante, aprovechando mejor los recursos.

7. Seguimiento al cumplimiento de la Ley de Protección al Trabajador.

Para este Comité de Vigilancia ha quedado claro que independientemente de los resultados de una valuación actuarial al Seguro de IVM, dada la dinámica demográfica de nuestra población, es claro que es necesario realizar ajustes al Sistema que permitan tener un Seguro sostenible en el largo plazo. Pero resulta contradictorio que teniendo la Caja una fuente de financiamiento adicional, artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, esto no se haya cobrado so pretexto de ausencia del reglamento respectivo.

La promulgación de la Ley 7983 fue la alborada de un consenso nacional que dentro de sus diversos objetivos incluía el traslado de recursos de diversas empresas estatales con el objetivo de fortalecer el régimen de pensiones de la CCSS, esas reformas consensuadas establecieron los recursos del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, mismos que han sido objeto de un sin fin de malabares políticos, técnicos, legales y en definitiva su incorporación al sistema de pensiones de la CCSS han sido lento y aún hoy día después de más de 10 años sigue siendo bastante endeble y tortuoso, al punto de que algunas instituciones ensayan acciones legales y de todo tipo para no incorporar en sus presupuestos los recursos ahí establecidos.

Sabemos del ingreso de ciertos recursos por esta vía y de otras medidas tomadas para redireccionar el régimen de pensiones de la CCSS en lo relativo a la sostenibilidad financiera de largo plazo, recursos que deben ser considerados en su verdadero impacto a la hora de un diálogo nacional, o sea, antes de pensar en reformas tradicionales cargadas a la clase trabajadora y empresarial, por tanto consideramos que este tema debe ser tratado con prioridad, ya que de no ser así se convierte sin duda en otro elemento que le resta mucha fuerza moral al Gobierno de la República y a las autoridades de la CCSS a la hora de plantear posibles reformas al sistema.

Para este Comité de Vigilancia ha quedado claro que la naturaleza solidaria y humana que ostentan los regímenes de pensiones con las características del IVM, son dinámicos y por tanto es necesario realizar ajustes periódicos al sistema de modo que en forma continuada pueda estarse prolongando su sostenibilidad financiera, permitiendo tener un Seguro sostenible en el largo plazo.

Recomendación 9:

Se recomienda a la Junta Directiva mantener un estricto control y seguimiento a las actividades de cobro de los recursos que indica el artículo 78 de la LPT. Asimismo, es criterio del Comité, que la Junta Directiva haga una excitativa al Poder Ejecutivo para que instruya a las juntas directivas de las empresas públicas obligadas a pagar

lo dispuesto en la LPT, que deben de honrar el pago correspondiente, es decir, que quede de manifiesta la voluntad política del Poder Ejecutivo en hacer valer la norma en cuestión. Asimismo, que la Dirección Jurídica le brinde seguimiento al pago retroactivo, a cargo del Gobierno, cuyo pronunciamiento del Tribunal Contencioso fue positivo para la CCSS, pero que fue elevado a Casación.

8. Auditoría Externa.

Preocupa también a este Comité que exista una larga relación de años con la firma encargada de la Auditoría Externa del RIVM (Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos Autorizados S.A.). Para evitar la familiaridad en la elaboración de este informe, una empresa no debe dar este servicio por más de tres períodos consecutivos.

Recomendación 10:

Solicitar a la Junta Directiva de la Caja los términos de referencia que utiliza la administración para llevar adelante el proceso de contratación de la firma auditora.

9. Aseguramiento de los Trabajadores independientes.

Es importante reconocer a la Junta Directiva de la Caja, los acuerdos tomados que permitirán homologar la base mínima de cotización a los seguros sociales al salario mínimo de ley. Este Comité considera que es un gran paso en materia de sostenibilidad económica y actuarial en el caso del Seguro de IVM.

Recomendación 11:

Se solicita a la Junta Directiva un informe del impacto que a la fecha ha tenido el ajuste de la base mínima contributiva.

10. Política de Inversión del Régimen de IVM

De acuerdo con lo expuesto por la Superintendencia de Pensiones, el Seguro de IVM mantiene una alta concentración de sus recursos en el sector público, esto fue corroborado por este Comité al recibir los informes de la Dirección de Inversiones.

Según la técnica de inversiones, tener colocados la mayoría de los recursos en un mismo emisor, genera un riesgo de concentración asociado al comportamiento y salud financiera de dicho emisor, lo cual no es prudente para un Seguro de Pensiones como el de IVM.

No obstante, en sus informes de gestión, la Dirección de Inversiones ha reiterado las dificultades que deben enfrentar constantemente, al tratar de diversificar el portafolio del RIVM en un Mercado de Valores sumamente pequeño para la cantidad de inversionistas participantes y el enorme volumen de recursos de que disponen, y cuya estructura obliga

a los administradores de fondos de pensiones como el de la Caja, a concentrarse en títulos de los mayores emisores que son precisamente el Ministerio de Hacienda y el Banco Central.

A lo anterior se suma el que estos dos emisores son los únicos que emiten títulos valores de mediano plazo y largo plazo, que por sus rendimientos y garantía estatal, son muy apetecidos por las operadoras de pensiones y por el RIVM, además de que se ajustan precisamente a los requerimientos y normativa de inversiones establecidos, en este caso para el RIVM.

Sobre este particular y dada la estrechez del Mercado de Valores costarricense, se considera importante que la institución, a través de la Dirección de Inversiones, continúe realizando esfuerzos para mejorar la constitución de la Cartera de Títulos Valores del RIVM, incursionando en el estudio de nuevas figuras financieras como lo podrían ser las inversiones en proyectos de infraestructura pública a través fideicomisos y titularización de obra pública, así como fortalecer los planes de capacitación del personal relacionado con tanto con la gestión de las inversiones como con el monitoreo de los riesgos asociados a éstas, preparándolos para una posible incursión a futuro en mercados extranjeros, en caso de que por interés institucional así se decida.

Recomendación 12:

De acuerdo con lo establecido en la Ley Constitutiva de la Caja y el reglamento de inversiones del Seguro de IVM, las inversiones que se realicen deben de obedecer a criterios de rentabilidad, seguridad y liquidez, se observa que el Portafolio del Seguro de IVM está concentrado en instrumentos de Hacienda y Banco Central, razón por la cual es necesario que la Junta Directiva solicite a la Gerencia de pensiones y Dirección de Inversiones, un plan de mitigación del riesgo de concentración que actualmente enfrenta el Seguro de IVM en su portafolio. Asimismo, es oportuno que en dicho plan se incluyan actividades de fortalecimiento a la gestión que desarrolla la Dirección de Inversiones y el Área Administración de Riesgos, principalmente en materia de capacitación.

Recomendación 13:

Se solicita a la Junta Directiva de la Caja, contratar un estudio de Auditoría de Riesgos que incluya una revisión a la gestión de colocación de las inversiones y situación actual del portafolio, donde se determine el nivel de exposición del Portafolio del Seguro de Pensiones del RIVM a los riesgos inherentes.

Recomendación 14:

Ha quedado documentado en las sesiones de trabajo de este Comité, que el Seguro de IVM realizó por ley, aportes de capital a la Operadora de Pensiones Complementarias de la Caja, razón por la cual se recomienda a la Junta Directiva solicitar a la Gerencia de Pensiones y a la Dirección de Inversiones, incluir dicho capital accionario dentro de los informes de situación del Portafolio de Inversiones,

es decir, a la fecha, dichos informes están incompletos, por cuanto no incluyen el monto colocado en la operadora de la caja nivel aumento en el valor de las acciones de dicha empresa”.

- II) Número P.E. 25.890-15, fechada 17 de abril del año 2015, que firma la Licda. Mónica Acosta Valverde, Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, en la que comunica que, siendo que el referido oficio N° CVRIVM-005-2015 fue recibido en la Junta Directiva, con instrucciones de la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, adjunta, para conocimiento de los señores Directores, la nota N° SP-439-2015, del 10 de abril del año 2015, suscrita por el Dr. Edgar Robles Cordero, Superintendente de Pensiones, quien señala que coincide con las recomendaciones emanadas del Comité de Vigilancia, que reitera situaciones de fundamental importancia en la administración y sostenibilidad del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) respecto de las que se transcriben los siguientes comentarios:

“1. Claridad sobre el estado actual de la sostenibilidad financiera del RIVM

El RIVM es deficitario e insolvente en el mediano plazo, tal como lo indican los propios estudios elaborados por la CCSS; por esa razón es, sin lugar a dudas, el tema de mayor preocupación para la población nacional.

Sobre el particular, es importante recordar que la Superintendencia comunicó a la Presidencia Ejecutiva de la CCSS con los oficios SP-440-2014, SP-778-2014, SP-900-2014, SP-1047-2014 y SP-1325-2014, observaciones a la valuación actuarial con corte al 31 de diciembre de 2012, así como se refirió a la falta de transparencia en la entrega de la información y al atraso en la atención de requerimientos relacionados con la sostenibilidad financiera y actuarial del RIVM. Por esa razón, se insta al Comité de Vigilancia que recomiende a las altas autoridades de la CCSS un proceso de fortalecimiento en el tema de la transparencia en aras del interés público superior, puesto que la información precisa, completa y oportuna es de fundamental importancia para las partes interesadas.

2. Convocatoria a un Diálogo Nacional de Seguridad Social

Es evidente que las reformas que requiere el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte demandan de procesos de diálogo y análisis profundo, pero la clave es no postergar la toma de decisiones tendientes a introducir cambios o mejoras, tal como lo ha reconocido por primera vez, la actual administración de la CCSS.

3. Supervisión efectiva del RIVM por parte de la SuPen

No obstante lo comentado en el punto n°1, se observa que el actual Gerente de Pensiones ha recibido con apertura las observaciones de este ente supervisor respecto a la administración del RIVM y ha comprendido que ellas corresponden a la identificación de debilidades reales de control interno y también a riesgos de solvencia, gobernanza y operativos. Las falencias identificadas por la SuPen, de conformidad con la técnica y las

mejores prácticas de supervisión, representan una oportunidad de mejorar en muchas situaciones de medular importancia, en donde prevalece el interés público.

La Gerencia Financiera también está trabajando en la atención de los riesgos, actualmente hace entrega de información periódica importante relacionada con la morosidad patronal y la de los trabajadores independientes y asegurados por cuenta propia, aunque todavía quedan asuntos pendientes, como la entrega de documentación que demuestre la razonabilidad de los saldos por cobrar por cuotas obrero patronales, cuentas que a diciembre 2014 reportaban saldos por ¢123.729.0 millones. También la administración desarrolló una herramienta denominada "Saldos contables," con el objetivo de llevar a cabo las conciliaciones de las cuentas por cobrar a partir del cierre correspondiente al ejercicio económico del año 2014, a cuya eficacia se debe dar seguimiento.

De igual forma, se reitera lo dicho en el oficio SP-1965-2012 en cuanto a que la potencial potestad regulatoria siempre sería dirigida al beneficio de los afiliados y a la estabilidad del RIVM. Se reitera que no se pretende con esto restar autonomía a la administración, sino establecer un marco de acción y rendición de cuentas, con el objetivo de satisfacer el interés público superior, como bien señala ese Comité, para que en la CCSS se adopten y se fortalezcan las medidas de buena gobernanza.

4. Revisión de convenios de aseguramiento colectivo.

En opinión de SuPen, la sugerencia de que se lleve a cabo una auditoría a cada uno de los convenios especiales de aseguramiento colectivo es una medida acertada. En diversas ocasiones la Superintendencia ha solicitado a la CCSS que se revisen dichos convenios, por ejemplo con el oficio SP-1219-2009, puesto que se había identificado que la recaudación no estaba actualizada con los cambios en la escala contributiva; la mayoría de los afiliados mediante convenios colectivos se apegaban al salario mínimo de cotización, con lo cual se podría estar evadiendo la seguridad social.

5. Declaratoria de Invalidez

Los casos de pensión de invalidez que se otorgan en sede judicial, son una variable no controlable por la Gerencia de Pensiones, pero sí es clave y controlable el que se disponga del documento "*Guías de Calificación de la Invalidez y la Discapacidad*" que también pretendía inicialmente la estandarización en alguna medida con la medicina legal, por lo que efectivamente es necesario disponer de esa herramienta de control y establecer una estrecha coordinación con las autoridades del Poder Judicial.

Sobre el particular, se han presentado reiterados obstáculos en la asignación de recursos por parte de la Gerencia Médica de la CCSS, unidad encargada de dar la revisión final al documento.

6. Mejora en la Administración del Régimen, actividad crediticia.

El tema de la gestión de los créditos hipotecarios ha generado uno de los mayores problemas que ha contribuido al incremento del riesgo operativo en el RIVM, dada la

incertidumbre sobre la veracidad de los saldos mostrados en cada operación de crédito y las múltiples y reiteradas debilidades de control interno que se presentan. Además, a la fecha todavía no se ha concluido con los planes para lograr la depuración de los saldos.

7. Seguimiento al cumplimiento de la Ley de Protección al Trabajador.

Es importante que los miembros del Comité de Vigilancia tengan claro que se requieren ajustes al RIVM con el objetivo de contar con un régimen sostenible financiera y actuarialmente en el largo plazo, por lo que los recursos adicionales que provienen del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador son necesarios para fortalecerlo. Por ese motivo, con independencia de las acciones de inconstitucionalidad y procesos presentados por distintas entidades obligadas a realizar la contribución, la administración del RIVM debe continuar gestionando el cobro correspondiente.

8. Auditoría Externa

La Superintendencia comparte la preocupación de que no se esté dando una rotación continúa, según las sanas prácticas, en la designación de los auditores externos, lo que podría derivar en que se presente un riesgo de familiaridad.

9. Aseguramiento de Trabajadores independientes.

Se reconoce que el aseguramiento voluntario o por cuenta propia con la figura del trabajador independiente es muy importante para la universalización de las pensiones y que la decisión que tomó la CCSS de incrementar, paulatinamente la base mínima contributiva hasta llevarla a un salario completo del trabajador no calificado en el año 2019, contribuye a generar recursos para el RIVM.

Sin embargo, también es importante fortalecer la gestión de cobro y tomar en consideración, por ejemplo, la revelación en los estados financieros auditados del 2013, de que las cuentas por cobrar de trabajadores independientes por ¢37.531.1 millones y la de asegurados voluntarios por ¢16.850.7 millones presentan una escasa recuperación. Además, no hay registrada una estimación de incobrables que permita mostrar el saldo de la partida que efectivamente se va a recuperar.

Se evidencia también en los estados financieros al 31 de diciembre de 2014, que las cuentas por cobrar en cobro judicial de los trabajadores independientes aumentaron en un 64.35% (pasando de ¢6.429.8 millones a ¢10.567.2 millones) en relación con diciembre de 2013.

De conformidad con lo anterior, se comparte la recomendación en el sentido de solicitarle a la Junta Directiva un informe del impacto que a la fecha ha tenido el ajuste de la base mínima contributiva; pero también, la administración debe explicar claramente la razón de omitir el registro de la estimación de incobrables de las cuentas por cobrar de asegurados independientes y asegurados voluntarios, así como el incremento de cuentas por cobrar en cobro judicial.

10. Política de Inversión de IVM

En reiteradas oportunidades la Superintendencia ha informado a las autoridades de la CCSS que no es conveniente la alta concentración que mantiene el régimen en instrumentos del Ministerio de Hacienda y del Banco Central de Costa Rica, razón por la cual se comparte la recomendación a la Junta Directiva de la CCSS en el sentido de solicitar a la administración un plan de mitigación del riesgo de concentración y para que se contrate una auditoría de riesgos que tome en consideración una valoración o análisis al sistema de información, que incluya además un análisis de la calidad de los insumos que utiliza la Unidad Integral de Riesgos, así como de los resultados que se obtienen en los estudios e informes de riesgo.

Se resalta la importancia de las sugerencias esbozadas por ese Comité; no obstante, existen situaciones adicionales de gran preocupación en la gestión del RIVM; por ejemplo:

- La falta de registros auxiliares que permitan dar razonabilidad a muchos de los saldos mostrados en los estados financieros del RIVM.
- El análisis de las cuentas con saldos contrarios a su naturaleza.
- La modernización del sistema financiero.
- No haber concluido aún la investigación de la eventual responsabilidad administrativa de funcionarios de la CCSS, por no entregar las actas del Comité de Inversiones de las sesiones 120 a la 129-2010 y de la 130 a la 138-2011.
- La negativa de la Dirección Actuarial a entregar el balance actuarial del RIVM, según lo ha solicitado la Superintendencia en varios oficios, invocando contradicciones conceptuales que se estima no son válidas, puesto que se conoce que el método de valuación actuarial que utiliza el RIVM es el denominado "*Proyecciones Demográficas y Financieras*" y lo requerido por este órgano supervisor, el balance actuarial obedece al "*método de valuación de valores presentes*" que corresponde a un complemento o indicador de "estatus actuarial".
- El cobro de alquileres de los edificios, anteriores al año 2008.
- Los importes por recuperar en el tema de impuestos a los instrumentos financieros, debido a que el RIVM está exento por ley.
- El tema de los subsidios entre seguros.
- La liquidación entre seguros y los riesgos inherentes.
- La venta de bienes recibidos en dación de pago.
- Las cuentas por cobrar a otras entidades por servicios que presta la Comisión Calificadora de la Invalidez, entre otros.

Adicionalmente, respecto a varios de los temas antes citados, se sugiere observar también el oficio SP-334-2015 del 13 de marzo de 2015, remitido a la Gerencia de Pensiones de la CCSS, con copia a la Presidencia Ejecutiva y al Comité de Vigilancia.

Finalmente, se agradece la gestión que actualmente desempeña ese Comité en la vigilancia de este régimen de pensiones y se insta a continuar con los esfuerzos

conducentes a su mejora, labor en la que puede contar con la total colaboración de la Superintendencia”,

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlas a la Gerencia de Pensiones, para su análisis, criterio y presentación a la Junta Directiva, en un plazo de tres semanas.

Ingresa al salón de sesiones el Director Barrantes Muñoz.

ARTICULO 15º

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22.814-15** el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

ARTICULO 16º

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22.814-15** el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

ARTICULO 17º

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-22.814-15** el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

ARTICULO 18º

Se tiene a la vista la comunicación (recibida por correo electrónico), fechada 21 de marzo del año 2015, que firma el Lic. Gustavo Elizondo Fallas, Presidente de la Junta de Salud de Los Santos, dirigida a los señores Miembros de la Junta Directiva y a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, en la cual plantea las siguientes consideraciones sobre problemas en la Caja:

- 1. “Que por intereses surgidos de la dualidad Medicina Pública versus Privada, por muchos años esta última tomó la iniciativa de adquirir equipo médico de punta cuya inversión han recuperado sin problemas por los altos costos del servicio prestado.*
- 2. Que producto de las crisis económicas que ha tenido que pasar nuestra querida institución por los malos manejos y casos delictivos que no vale la pena referir, la Caja se quedó atrás y existe una obsolescencia en el equipo, a pesar de los últimos esfuerzos de adquisición.*
- 3. Que no todos los ciudadanos tienen la posibilidad de acceder al servicio privado en la búsqueda de intervenciones y tratamientos menos invasivos como por ejemplo el uso de láser, donde el tamaño de las heridas es mínimo y prácticamente no existe incapacidad”.*

Dado lo anterior, propone a la Junta Directiva:

1. Negociar parte de la deuda que el gobierno mantiene con la CCSS mediante una adquisición de equipo de punta en aquellos campos donde aún se está pendiente, mismo que será destinado únicamente a Hospitales Nacionales. El Ejecutivo lo podría cubrir con un crédito a L.P. que asumiría con los posibles resultados positivos que generen en la legislación tributaria que se impulsa en esta administración”,

y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** acusar recibo y hacerla del conocimiento de la Gerencia Financiera.

ARTICULO 19°

Se tiene a la vista el oficio número CM-100-423-15 de fecha 25 de marzo del año 2015, suscrito por la Sra. Fressy Núñez Obando, Asistente Secretaria del Concejo Municipal, Municipalidad de Vázquez de Coronado, dirigida a los señores Miembros de la Junta Directiva y a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, en el cual comunica el acuerdo tomado en la sesión ordinaria 256, celebrada por el Concejo Municipal de Vázquez de Coronado, el 16 de marzo del año 2015, en la Sala de Sesiones de la Municipalidad de Vázquez de Coronado, que se lee así:

“ACUERDO 2015-256-32: El regidor Greivin Mora en cumplimiento al Acuerdo EXT 2015- 85-02 se presenta la siguiente moción, referente al Proyecto fortalecimiento de la infraestructura del Área de salud de Coronado.

La Clínica del Cantón de Vázquez de Coronado fue construida hace más de 25 años, para una población de aproximadamente 60.000 derechohabientes. En la actualidad esa población prácticamente se ha triplicado.

En la actualidad, el área de Salud de Coronado atiende las comunidades de Ipís, Rancho Redondo y una parte de Purral, todos el Cantón de Goicoechea y la totalidad del Cantón de Vázquez de Coronado, y tiene inscritos alrededor de 170.000 habitantes.

Brinda un servicio de 24/7 que durante las tardes noches y feriados y atiende a las comunidades circunvecinas, cuando los servicios de salud de sus comunidades están cerrados. El área de salud atendió en el año 2014, 281.000 consultas y más de 86.000 atenciones en urgencias.

La altísima producción de este centro ha desbordado la capacidad de almacenamiento del edificio, así como el requerimiento de nuevas áreas para brindar una mejor atención a los asegurados.

Ante el concejo Municipal de Vázquez de Coronado fue presentada "rendición de Cuentas" por parte de autoridades del área de Salud de Coronado, mostrando el gran desempeño en la gestión de los últimos años y además se presentaron las necesidades y alcances del "Proyecto Fortalecimiento de la Infraestructura del Área de Salud de Coronado", el cual tiene como objetivo la construcción de bodegas, áreas de mantenimiento, salas multiuso, etc. Lo cual viene a solventar la necesidad urgente de espacio físico adecuado para la prestación del servicio.

El área de salud ha presentado ante diferentes autoridades de la CCSS el citado proyecto, a fin de que se asignen los recursos necesarios para el desarrollo del mismo.

Mociono para que:

Este Honorable Concejo avale en todos sus extremos el desarrollo del proyecto en nuestro Cantón y envíe una nota a la Junta Directiva de la CCSS y a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva CCSS, a fin de que se brinde la mayor celeridad a tan importante obra de infraestructura, que vendrá a contribuir con el desarrollo de la Seguridad Social y del Cantón, para beneficio de todos sus habitantes.

Que se dispense del trámite de Comisión.

Que se envíe copia de esta petitoria a las autoridades de la CCSS: Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnología, Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, Dr. Armando Villalobos Castañeda, Director Regional Servicios de Salud, Región Central Sur, CCSS. Dr. Zeirith Rojas Cerna, Director Médico, Área de Salud de Coronado, CCSS.

ACUERDO. Cuenta con siete votos afirmativos. Vota la Regidora Zaida Granados en sustitución de la Regidora Mireya González, vota la Regidora Marielos Ramos en ausencia del Regidor Róger Cascante”,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, para su atención conforme corresponda; coordina la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

ARTICULO 20º

Se tiene a la vista el oficio número JS-HSJD-012-2015, del 7 de abril del año 2015, firmado por el Sr. Gilbert Morera Villalobos, Presidente de la Junta de Salud del Hospital San Juan de Dios, en que desea muchos éxitos en la gestión de la Junta Directiva y solicita un desglose de la situación en que se encuentran los trámites pertinentes en la preparación para la construcción de la Torre Médica que se ubicará en la antigua Cervecería, frente al Hospital San Juan de Dios. Lo anterior, por cuanto el hacinamiento en el Hospital San Juan de Dios es mucho y va en aumento, al punto de que no existe espacio para la debida atención del usuario, por lo que considera necesario llevar a cabo este proyecto. Agradece la colaboración y queda a la espera de la información solicitada, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, para lo correspondiente; coordina la respuesta la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

A propósito, explica la Directora Soto Hernández que en el Seminario que participó, conversó con la doctora Balmaceda Arias, Directora del Hospital San Juan de Dios y le indicó que se necesita apoyo de la Junta Directiva, para la construcción del Servicio de Emergencias de ese Hospital. Entonces, cuando observa la torre que, eventualmente, se construirá en otra área; le parece que se debe priorizar las necesidades de infraestructura. Estima que se le debe indicar a la Junta de Salud que si prefieren otra torre en el Hospital, o que se hace con el Servicio de Emergencias, su inquietud es analizar cuál es la prioridad.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que esa torre es la que estaba planteada con los fondos del Banco Mundial. La primer semana de mayo, funcionarios del Banco Mundial le presentarán a la Junta Directiva lo que se ha trabajado, el detalle para conocimiento y retroalimentación y aquí es un buen momento para analizar ese tema. Por otro lado, la situación del Servicio de Emergencia del Hospital San Juan de Dios, el cual siempre está saturado, es uno de los aspectos que tiene y leyendo las discusiones que se realizaron, hace dos o tres años sobre el modelaje de los Hospitales Nacionales, se hacía referencia sobre la necesidad de que la Caja, analizara la posibilidad de hacer centros de atención ambulatoria y pudieran descongestionar lo que se plantea y que deberían existir al menos tres centros. Este es un tema que se debe discutir, producto de todas esas inquietudes que se tienen y es el momento de tomar una decisión, en este sentido y definir las opciones y posibilidades.

ARTICULO 21°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22.814-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 22°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22.814-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 23°

Se somete a votación la firmeza de los acuerdos relacionados con la correspondencia hasta aquí aprobados y se da la firmeza, con la salvedad de lo resuelto en el artículo 6° respecto de lo cual se reconsidera lo resuelto, no adquiere firmeza y se solicita que la señora Presidenta Ejecutiva analice el caso junto con el Gerente de Pensiones y se recomiende lo pertinente a la Junta Directiva.

A propósito, el Director Barrantes Muñoz manifiesta su preocupación, en términos de que la estrategia de la Junta Directiva, sea apagar incendios y por supuesto, hay que establecer cambios contingentes, pero cree que lo que está ocurriendo, es una situación nueva tal y como se está expresando y si se sigue actuando, tomando decisiones que pueden ser correctas pero, puntualmente, se va a ingresar en una situación. Le parece que en la situación de hoy día y en esta sesión se debería hacer un espacio, para tratar de visualizar la coyuntura y establecer algunos lineamientos y acciones que correspondan con esa situación. El tema de especialidades se está integrando con el tema de listas de espera, no solo con el tema de cardiología, porque hay presiones y una serie de situaciones y en ese sentido, estima y comentaba hace un momento, que sería conveniente, que en este momento, también se articularan mejor, no solo desde la Junta Directiva, con la Gerencia Médica sino también con las direcciones de hospitales y se lograra programar un urgente encuentro, con todas las direcciones de hospitales, para definir la problemática y convenir en líneas de acción conjuntas, desde este Órgano Colegiado las Gerencias, pero muy bien articulados, para poder contener esta situación de manera efectiva. Considera que se debe hacer un esfuerzo en esta dirección y realizarlo con la mayor prontitud.

Recuerda la doctora Sáenz Madrigal que la última sesión ordinaria, fue una sesión bastante pesada en cuanto a tiempo y contenido, se terminó a las nueve de la noche y uno de los temas que se analizó, prácticamente al final, fue el de la atención oportuna a la población, dado que se estaba en el contexto de las denuncias presentadas a nivel público del Hospital México. Revisando un poco y reflexionando el tema, se consideró que hoy se presentara, nuevamente, el plan completo de atención de las listas de espera, que le denomina atención oportuna, porque ahí hay mucho contenido, análisis y estrategias de abordaje, no inmediatas, pero se incluyen las de corto, mediano y largo plazo. Ese asunto se analizó en poco tiempo y la Dra. Villalta no terminó de presentar todo el contenido del proyecto, de manera que hoy se complementará esa presentación; pero el jueves pasado, se estaba en un coyuntura de mayor inmediatez, así que solicita que se pueda discutir el portafolio, el planteamiento completo que se realiza, porque en esta coyuntura como se plantea, surgen y van a seguir surgiendo múltiples necesidades que están planteando los servicios. También muchos actores externos que se quieren apropiarse de este plan, desde la solución que se está planteando como Junta Directiva y que se viene elaborando desde hace meses. Ahora, resulta que actores externos de la Caja, se quieren adueñar de esa propuesta y en el sentido estricto del fondo, no le parece justo que otros actores emitan recomendaciones y no conoce cuál es la situación de fondo que hay. Solicita la posibilidad de poder analizar el tema a profundidad, abordarlo, hacer el análisis de coyuntura que se plantea y definir la estrategia; además, determinar como Institución las propuestas y darle toda la atención y concentración. De manera que realmente se logre discutir el tema, en toda la dimensión que se tiene y es importante para todos tanto, para las Gerencias y la Presidencia Ejecutiva, que se pudiera abordar el tema lo más integral posible y continuar con ese análisis. Por esa razón, se le solicitó a la doctora Villalta Bonilla, volver a presentar el tema.

Ante una inquietud del Director Loría Chaves, refiere la doctora Sáenz Madrigal que se presentará en la Junta Directiva, no solamente lo que la administración ha visualizado, sino también para definir las orientaciones, preocupaciones y retroalimentaciones que se le dé al tema, con el conocimiento, la información y aspectos que se requieran profundizar, pero si existe un asunto y esta es una propuesta integral, que se ha construido con la idea de analizarlo. Es un tema muy complejo y quiere que se analice muy despacio, por las acciones de corto y mediano plazo que se deben implementar y las de largo plazo, dejarlas mencionadas porque esas son las propuestas que se tienen hasta ahora. Sin embargo, hasta que la Junta Directiva no se pronuncie, no se determinará cómo se va a producir impacto en lo que se está planteando, igual lo de mediano plazo pero, realmente, se ha realizado un gran esfuerzo para estimar las listas de espera por especialidad, para priorizar e identificar las formas de abordarlas.

Refiere el Director Gutiérrez Jiménez, que no tiene problema en participar o no, pero considera que como se está haciendo hoy se va a tener mayor posibilidad de errar porque son varios los actores que están participando en muchos temas diferentes.

Interviene el Director Devandas Brenes y señala que en redes sociales, se publicó que la señora Presidenta Ejecutiva declaró a la prensa que en la Junta Directiva, se estaba analizando la compra de servicios a terceros, para resolver listas de espera. Aclara que no es que algún dirigente sindical lo inventó, lo cual generó una reacción inmediata y lo llamaron para preguntarle y respondió que no era cierto que se estaba discutiendo ese tema, por el contrario, se estaban analizando tres temas sobre listas de espera, correspondientes a las dos de la Gerencia Médica y la del Hospital México y, repite, aclaró que la compra de servicios no se está

discutiendo. Como segundo punto y el cual lo tiene muy preocupado, es que la fracción del Frente Amplio, envió una carta al Presidente de La República solicitando que intervenga la Caja del Seguro y está preocupado por el clima que se está generando. En esos términos le está solicitando a la Fracción del Frente Amplio, que expliquen que significa intervenir la Caja y lo concreten. Lo comenta porque forma parte de este contexto que se ha creado, un día aparece el Hospital México, al día siguiente el Hospital Calderón Guardia, otro día el Hospital de Alajuela. Por ejemplo, en el Hospital de Alajuela los pacientes en emergencias, se acostaron al suelo para que les sacaran una foto simulando que dormían en el piso, porque el Servicio de Emergencias está colapsado. Hace un momento, doña Mayra Soto alerta que la doctora Balmaceda está muy preocupada porque el servicio de emergencias del Hospital San Juan de Dios, también está colapsado. Ha estado estudiando el tema y considera ser un material para seguir discutiéndolo con prioridad, porque no se puede seguir tan lento, pero respalda la propuesta de don Adolfo Gutiérrez, porque considera que es urgente que se programe una reunión, con la Junta Directiva en una encerrona, ojalá dos días, con los directores de los principales hospitales. Por ejemplo, para conocer la posición de la Directora del Hospital San Juan de Dios y los Directores de los Hospitales México, Calderón Guardia, Cartago, Alajuela y Heredia, porque cuando conversa con algún funcionario no director y le indican, como ilustración, que el Hospital Calderón Guardia, se niega a colaborar con el Hospital México o el Hospital México se niega a colaborar con el Hospital de Heredia y ese señalamiento, lo hacen altos funcionarios de esos hospitales. Dado lo anterior, ve la conveniencia de que se convoque a esa encerrona y se analicen los temas, así como se procedió con la Dra. Bogantes del Hospital México. Le parece que puede ser discriminatorio no convocar todos los directores, pero sería un proceso inmanejable, la crisis se está planteando en los hospitales nacionales y ese proceso sería complemento del trabajo que hace la Comisión de Salud en cuanto al Modelo de Atención, que se ha estado analizando, pero los grandes hospitales no se están involucrando.

En cuanto al comentario del Dr. Devandas Brenes, sobre la información que circuló en las redes sociales, señala la doctora Sáenz Madrigal que la Dra. Villalta, había indicado que se iban a comprar servicios por terceros. Hace hincapié en que existe mucha presión de los medios de comunicación por ese tema, la Gerente Médico estuvo presente en la conferencia de prensa, en la cual participaron cinco medios de comunicación, se estaba haciendo referencia del tema de vacunas y la respuesta fue, lo primero es el paciente, la Institución está haciendo los esfuerzos con los recursos institucionales, es una opción que siempre ha existido y se recurrirá si es necesario, pero tampoco se puede indicar que la Caja nunca va a comprar servicios privados, es decir, no se puede descartar, pero se está trabajando, inclusive, se le designó un nombre en la optimización de la capacidad instalada, luego, en maximización y, posteriormente, la gestión de la transparencia, es el tema que se va a analizar hoy, pero hay una insistencia muy acérrima sobre el tema. No conoce si cuando se hace referencia del asunto, las personas hacen otra interpretación del tema y traen una línea, pero la doctora Villalta Bonilla, estuvo con ella en la conferencia de prensa. Se ha estado alineando ese asunto e insiste en que se avance con la presentación, de lo contrario no se conocerán los temas de fondo, y hay uno de coyuntura al final que se tiene que analizar, en el cual comparte en que se debe hacer un análisis de coyuntura, para que estén articulados y se tomen ciertas acciones.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, porque se discuten los temas, no se resuelven y los problemas continúan. Considera que si se tiene una claridad meridiana, sobre el reconocimiento de los problemas y se definen acciones concretas, se pueden resolver, de lo

contrario se continuarán analizando y no se puede seguir promoviendo que intervenga la prensa y las redes sociales. Repite, no se puede continuar preocupados por una serie de situaciones que están sucediendo. Señala que, anteriormente, había indicado en la Junta Directiva, que el Director que no quiere resolver los problemas que no esté formando parte del Órgano Colegiado, porque hay que avanzar y hacerle frente a las situaciones. Le parece que se deben tomar decisiones, en acciones concretas sobre problemas específicos, hay que avanzar, “solo Dios no se equivoca”, los Directores son imperfectos pero se deben establecer las acciones concretas, con la mejor intención, porque ningún Miembro del Órgano Colegiado, se está integrando para hacerle daño a la Institución, todos quieren que la problemática se resuelva, pero se debe actuar. Desde el primer día, indicó que en la Institución hacía falta acción y, además, obediencia, porque se toman decisiones y muchas personas no actúan; por ejemplo, dos acciones concretas; se debe actuar sobre los problemas y, además, apuntar la responsabilidad de los que tienen que concretar las acciones, si no se ejecutan en plazos perentorios las resoluciones de la problemática, hay que determinar quiénes son los responsables de la ejecución, esta Junta Directiva no está para ejecutar, sino para tomar decisiones y hacer que se cumplan. Así como los Gerentes tienen que hacer su trabajo también, y hacer todo lo que está a su alcance para que las decisiones de la Junta Directiva, sean comunicadas a los órganos que compete, porque no es posible que se continúe, tratando de actuar para que “nada” suceda, para que los acuerdos se cumplan y, entonces, hay que estar preocupados y defendiéndose en esta Junta Directiva, porque se tomaron acuerdos y no se cumplieron y, después, la responsabilidad es de la cuerpo colegiado. No se puede gestionar con amenazas, si los médicos se quieren ir porque no les pagan y no se les puede pagar más, porque no hay recursos presupuestarios, porque se cree que los recursos son ilimitados. Le parece que se debe asumir la responsabilidad del puesto y si algún médico quiere dejar la Institución, que lo haga y si el médico tico no quiere trabajar, entonces, se debe declarar emergencia nacional, inopia de médicos y se contratan de otro país, pero hay que actuar.

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

Ingresan al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

ARTICULO 24°

Conforme con lo solicitado (artículo 15° de la sesión N° 8771 del 16 de abril del año 2015), se presenta el oficio N° GM-SJD-4274-2015, del 20 de abril del año 2015, suscrito por la Gerente Médico, que contiene la propuesta Proyecto Portafolio de Atención oportuna a los pacientes en lista de espera: Jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y Cirugía Cardiovascular. Pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en oftalmología.

Inicialmente, la presentación está a cargo de la doctora Villalta Bonilla, con base en las siguientes láminas:

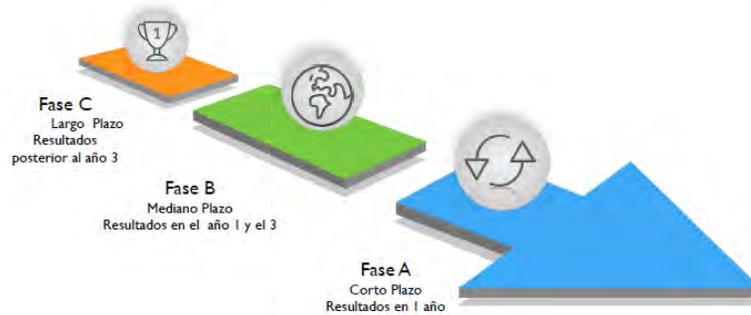
- 1) Portafolio de Proyectos para la atención oportuna de la población.
- 2) Direccionamiento de las estrategias

intergerenciales sostenibles
 Gerencia de
 Infraestructura y
 Tecnologías
 Usuario Externo
 Gerencia Financiera
 Gerencia Logística Gerencia Médica.

3) Portafolio con alternativas de abordaje a las listas de espera concursable.

4)

Distribución de Fases de Ejecución



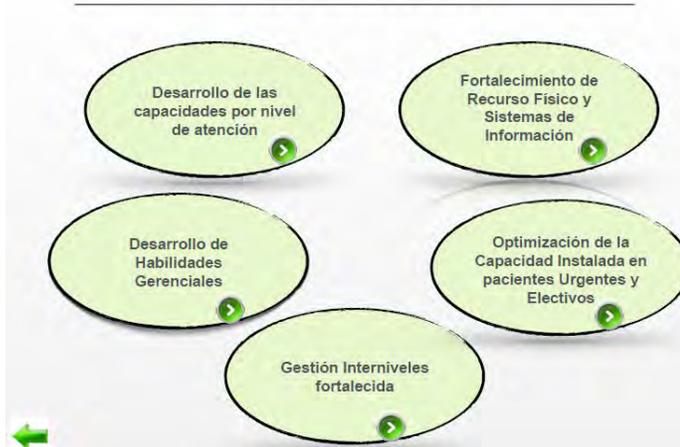
5)

Objetivos estratégicos



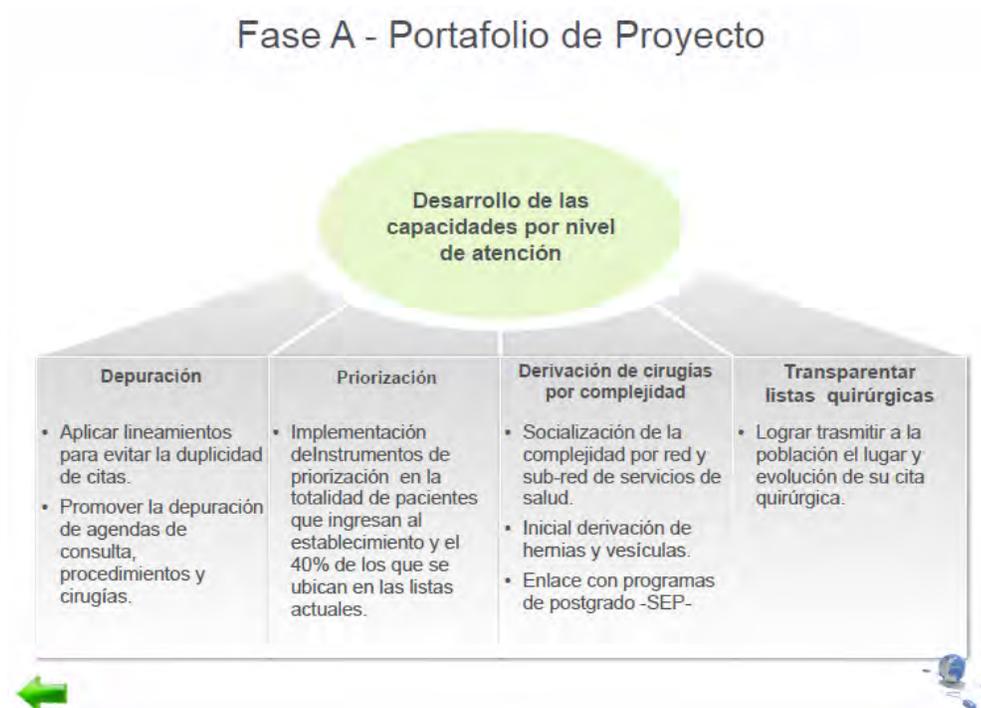
6)

Fase A - Corto Plazo

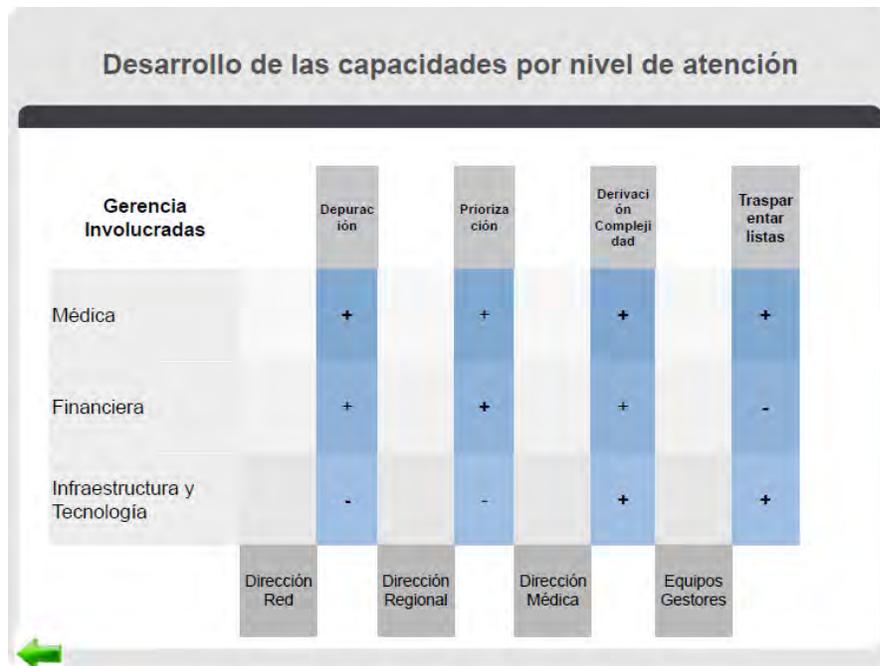


7)

Fase A - Portafolio de Proyecto



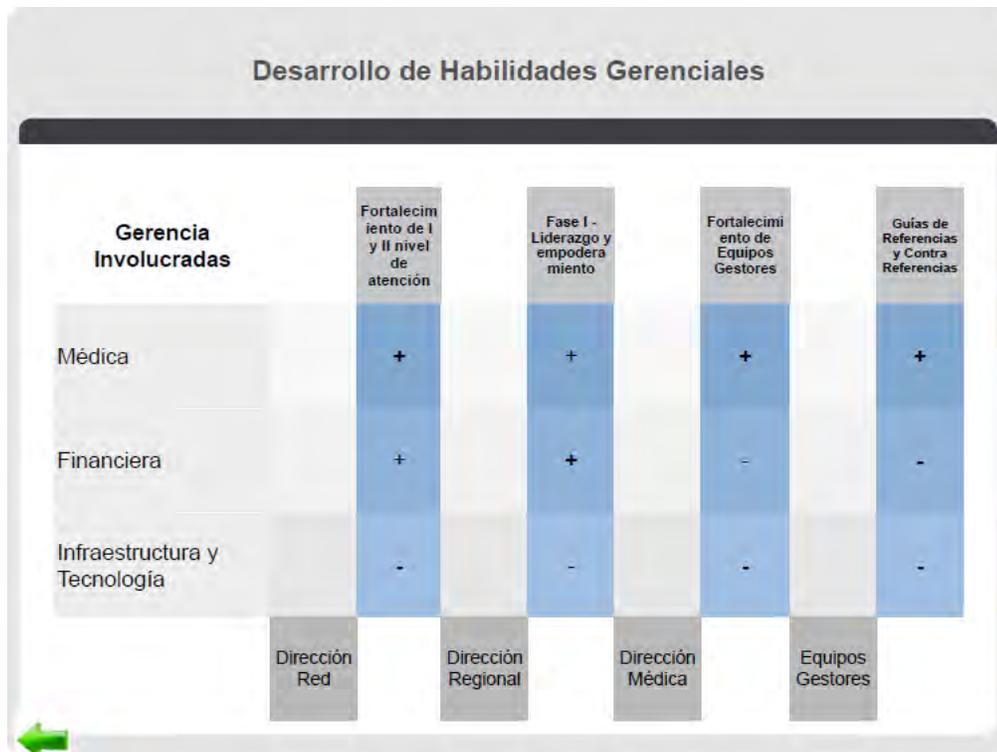
8)



9)

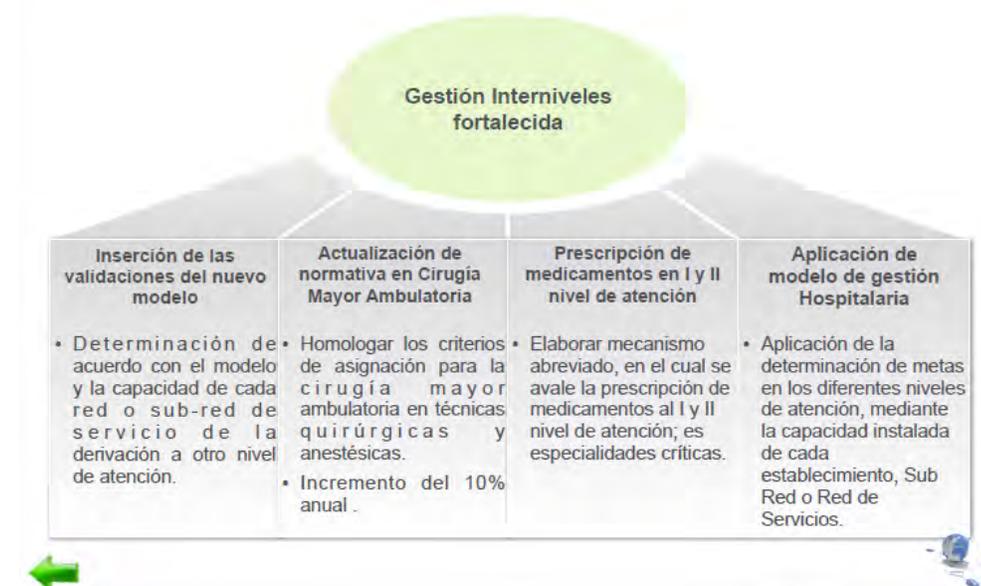


10)

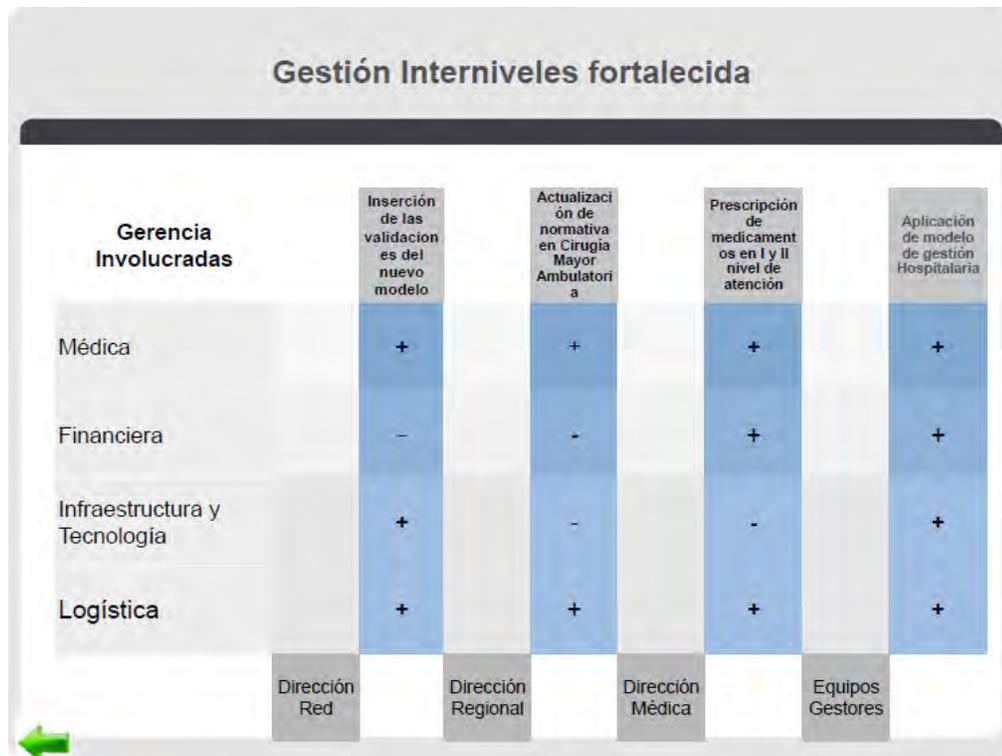


11)

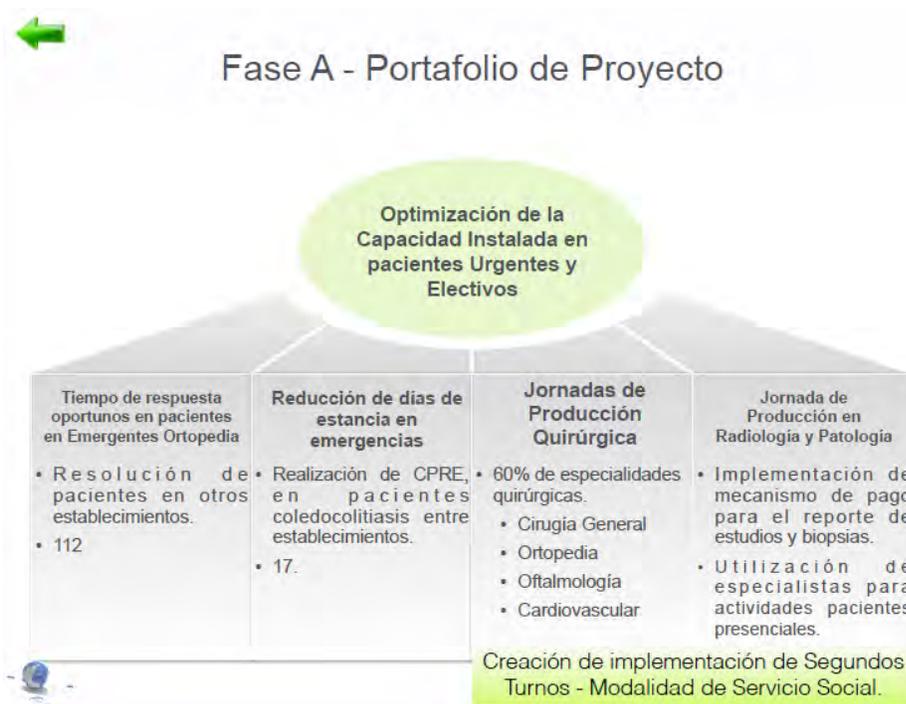
Fase A - Portafolio de Proyecto



12)



13)



14)

Maximización de la Capacidad Instalada en pacientes Urgentes y Electivos

Gerencia Involucradas	Tiempo de respuesta oportunos en pacientes con Fx. Cadera	Reducción de días de estancia en emergencias	Jornadas de Producción Quirúrgica	Maximización de la Jornada Ordinaria en Radiología y Patología
Médica	+	+	+	+
Financiera	+	+	+	+
Infraestructura y Tecnología	+	-	-	+
Logística	+	+	+	+
	Dirección Red	Dirección Regional	Dirección Médica	Equipos Gestores

15)

Fase A - Portafolio de Proyecto



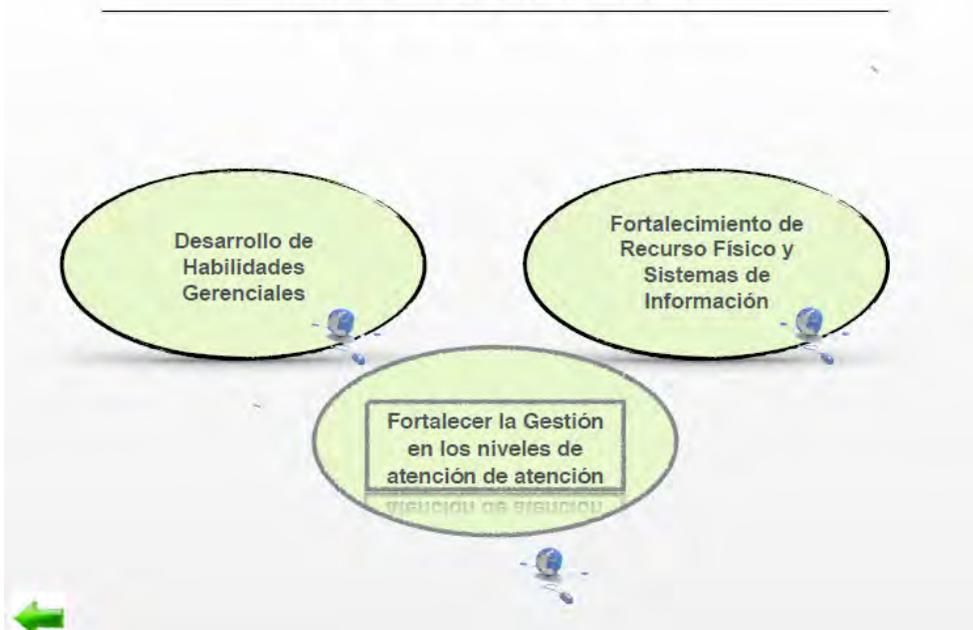
16)

Fortalecimiento de Recurso Físico y Sistemas de Información

Gerencia Involucradas	Dotación de Recursos Financieros para la Adquisición de Equipo		Sistemas de Información		Desarrollo de Transparencia de las listas quirúrgicas		Proyecto Piloto de Soporte de Sistemas Automatizados	
	Dirección Red	Dirección Regional	Dirección Médica	Equipos Gestores				
Médica	+		+		+		-	
Financiera	+		+		-		+	
Infraestructura y Tecnología	+		+		+		+	
Logística	+		-		-		-	

17)

Fase B - Mediano Plazo



18)

Fase A - Portafolio de Proyecto



19)

Fase B - Portafolio de Proyecto Infraestructura y Equipamiento



20) En construcción.

Respecto del Portafolio de Proyectos para la atención oportuna de la población, la Gerente Médico indica que es un trabajo intergerencial, dado que la doctora Sáenz Madrigal convocó a los Gerentes para trabajar sobre la atención oportuna de los pacientes, está participando también la Contraloría de Servicios, la Auditoría y es un proyecto que tiene acciones a corto, mediano y largo plazo. La idea es tener un portafolio, como opción de abordaje en las listas de espera, el cual debe ser concursable y, además, que participen los hospitales, los cuales tienen que tener ciertos requerimientos. Hacer un portafolio y que el director del hospital, indique cuantos pacientes tiene en lista de espera y solicita recursos financieros. Destaca que no existe presupuesto para la atención oportuna, serían recursos presupuestarios extraordinarios, que la Gerencia Financiera está aportando, o sea, los hospitales tendrían que participar, se les revisa el proyecto y deben cumplir con los requisitos que más adelante se mencionan. Las acciones de corto plazo son estrategias que se tienen que definir, porque por años, ha existido un importante rezago en la atención de la lista de espera, de modo que se requiere resolver esta situación y empezar a actuar en diferentes fases, en la atención oportuna de los pacientes.

El director Devandas Brenes pregunta si este plan, ha sido discutido por los directores hospitalarios.

Responde la Gerente Médico que, en detalle, no se ha discutido el plan con los directores hospitalarios, sin embargo, conocen que se está trabajando, falta que se realice el análisis y la discusión con ellos, aunque se ha discutido con los Gerentes. En otro apartado, los principales hospitales que tienen lista de espera, se están depurando de la agenda de consulta externa, algunos lo hacen con llamadas telefónicas, por ejemplo, en el Hospital Calderón Guardia se citan a los pacientes de ortopedia para revalorarlos, igual sucede en el Servicio de Cardiología. Por otro lado, en el caso de este Hospital opera en otros lugares a los pacientes y no depura la lista de espera, entonces, hay que volver a revisar, si el paciente está incluido en alguna otra cita de espera, o se determina si fue operado. En cuanto a Consulta Externa, en el Hospital Calderón Guardia, se está trabajando la depuración de las agendas los sábados, porque en ocasiones el paciente aparecía repetido y una cita es para procedimiento y otra para Consulta Externa, lo cual genera que queden campos libres. Una vez que se apruebe el proyecto, se debe implementar en todos los hospitales que van a participar, porque deben estar seguros que tienen los exámenes completos y que siguen siendo candidatos a una cirugía ambulatoria, este aspecto está discutido con los directores de los hospitales. En cuanto a priorización en las listas de espera, se está realizando y falta la evaluación, porque se está trabajando en el plan, por ejemplo, en la zona Brunca, se está aplicando en el Hospital Tomás Casas y en algunos hospitales, y la idea es determinar del 40% de los pacientes que se ubican en la lista de espera, a cuáles se les debe priorizar. La lista de espera va a reflejar cual es la expectativa de la persona, en la priorización se le va a indicar al paciente, como ilustración, que no tiene una prioridad alta, puede esperar más de tres o seis meses, que no urge su cirugía, lo cual les produciría tranquilidad, por lo cual no van a estar ansiosos, ni desesperados pero como se tiene un lista de espera por orden cronológico, se debe respetar y empezar a trabajar en la implementación del plan, impartir la capacitación y determinar la evaluación del impacto que se produce. En el caso de las cirugías por complejidad, la idea en el sentido de que los pacientes de baja complejidad, no ingresen a los hospitales nacionales y se puedan dedicar a la patología y cirugía de alta complejidad, para lograr liberar salas de operaciones y se logre operar los pacientes de alta complejidad.

Ante una consulta del Director Devandas Brenes, refiere la doctora Villalta Bonilla que el instrumento de priorización, por ejemplo, un paciente que tiene una colecistitis, un problema de vesícula e ingresa en varias ocasiones al Servicio de Emergencias, se llena un formulario al cual se le asigna un puntaje y se prioriza el paciente. En cuanto a la derivación de cirugías por complejidad, algunos procedimientos del Hospital San Juan de Dios, se están trasladando al CAIS de Desamparados, dado que un equipo de Hospital, se traslada para realizar las cirugías. De la misma manera, del Hospital de Heredia se está trasladando un equipo, al Área de Salud de Santo Domingo, para realizar cirugías y del Hospital Calderón Guardia, se derivan pacientes a la Clínica de Coronado, a esta Área de Salud se les dotó de una cirujana para que brinde la atención de esos pacientes. Hay que determinar cómo ser más constantes y cómo ser más diligentes en derivar los pacientes, en este momento, al CAIS de Desamparados se trasladan cirujanos de segundo turno, entonces, el Hospital San Juan de Dios, puede referir los pacientes que se han diagnosticado como de baja complejidad, para que puedan ser operados en ese Centro, por ejemplo, hernias y vesículas, entre otros. También el Servicio de Oncología del Hospital Calderón Guardia, realiza biopsias en la Clínica de Coronado.

Aclara la señora Presidenta Ejecutiva que en el CAIS de Desamparados, se operan cirugías de baja complejidad, con cirujanos que se envían del Hospital San Juan de Dios. Por ejemplo, en el mes de agosto próximo que egresan los Residentes, se asignan para el segundo turno, para que operen en Desamparados, como cirujanos de ese CAIS y así se le liberan quirófanos al Hospital San Juan de Dios, donde la doctora Balmaceda ha estado colaborando, igual ha sucedido en el Hospital Calderón Guardia.

En cuanto a una pregunta del Dr. Devandas Brenes, tendiente a conocer el enlace que se produce con los programas de posgrado, refiere la Gerente Médico que es importante socializar la estrategia, entonces, que los residentes puedan estar rotando y desarrollando capacidades. En el tema de listas de espera, consiste en transmitir a la población, el lugar y la fecha de su cita, ese proceso, lo está desarrollando la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y se está analizando, en qué hospitales se puede desarrollar un programa, en el cual se les pueda informar a los pacientes, la fecha de la cirugía y la hora, vía telefónica. Por otro lado, en el desarrollo de las capacidades gerenciales, se determinó que se habían realizado muchas referencias del primer nivel de atención y en los EBAIS a los siguientes; sin embargo, se considera que no se tiene que realizar las referencias a otro nivel de atención, sino que se debe mejorar y fortalecer la resolutive del primer nivel de atención. Entonces, el fortalecimiento del primero nivel de atención, se determina, como la capacitación sobre los diagnósticos más frecuentes en consulta externa y emergencias, es decir, que a veces se refieren pacientes que se deben atender en el EBAIS y se envía a un nivel superior, junto con la guía de referencias y contra referencias. Se tienen dos equipos trabajando sobre el tema y en alrededor de quince días, tienen que rendir un primer en el que se analiza las guías de las referencias y contra referencias, en el cual se indicará cuáles son los diagnósticos más frecuentes, por los que los médicos de los EBAIS refieren los pacientes a los hospitales. Si no se cuenta con toda la información, se tienen identificados tres hospitales que llevan las guías de referencias y contra referencias. Además, existe un equipo que está trabajando, el cual indicará en qué se tienen que capacitar a los especialistas, según las enfermedades crónicas, por ejemplo, la Hipertensión. En cuanto a la fase de liderazgo y empoderamiento, se realizarán talleres dirigidos a la jefaturas médicas para la toma de decisiones, se indica que existen funcionarios capacitados, por ejemplo, en listas de espera, en los

indicadores, cuáles son los tipos de utilización de sala, como se debe manejar la lista de espera, cómo se debe verificar el tiempo de utilización, así como la gestión de las camas. Sin embargo, estos médicos que capacitan no tienen poder, a veces se contrata a un médico general y se le asignan las funciones de gestor de listas de espera. Por ejemplo, le indica al Jefe de Cirugía que el paciente no está en lista de espera y no tiene autoridad, en ese sentido, se tienen que reforzar esos aspectos. La Junta Directiva en unión con la Presidencia Ejecutiva, tomó un acuerdo y ya se envió la circular, en términos de que los responsables de la lista de espera, es el director médico, el subdirector, jefe de cirugía y que se debe apoyar en el jefe de anestesia, de registros médicos y con el encargado de informática. Por ejemplo, se debe verificar que el inicio de la cirugía sea a las siete de la mañana. Por otro lado, se cuentan con estudios en los que se revela que no están iniciando las cirugías a esa hora, que los funcionarios tienen una hora de almuerzo y a veces, se dificulta programar una cirugía después de las dos de la tarde. Entonces, son tiempos que no se logran aprovechar y, eventualmente, el proyecto no sería sostenible y no se lograría aumentar la producción. Por lo que se debe mejorar mucho la gestión de la utilización de las salas de operaciones, porque si en algún momento se indica que se tiene brechas, se tienen, pero se debe optimizar bien los recursos y el espacio físico con que se cuenta. Recuerda que el tiempo de utilización de las salas de operación es de alrededor de un 73% como promedio nacional. Por lo que se debe estar revisando todos esos aspectos, la idea es si los funcionarios requieren capacitación para que se actualicen, en los indicadores que se están utilizando, para que se conozcan y se utilicen. En otro apartado, señala que el modelo de inserción se trabajó con la Comisión de Salud y se empezaría a ordenar la intervención por niveles, dado que se definió que hace el primero, segundo y tercer nivel y se empezaría en el mediano plazo, a acomodar un poco las intervenciones en un área.

Respecto de una inquietud del Director Devandas Brenes, señala la Gerente Médico que ya están definidos los indicadores, inclusive, cuál va a ser el curso. Además, se trabaja en conjunto con la Auditoría para utilizar los mismos métodos de valor.

En cuanto a una consulta del Director Barrantes Muñoz, tendiente a conocer a qué se refiere sobre la inserción de las valoraciones del nuevo modelo de prestación de servicios, señala la doctora Villalta Bonilla, que es el fortalecimiento del Modelo de Prestación, porque al ordenar el modelo se indica que hace el primer, el segundo y el tercer nivel, lo cual genera que los pacientes no tendrían que trasladar de un lugar para otro, porque las capacidades de cada uno estarían delimitadas. Por ejemplo, se conocerá que se va a hacer en Desamparados y de esa forma, el paciente no tiene que trasladarse al Hospital San Juan de Dios.

En cuanto a una inquietud del Director Loría Chaves, señala la Gerente Médico que un equipo está trabajando en la actualización de la normativa de cirugía ambulatoria. Comenta que dos personas se capacitaron fuera del país y realizaron alguna subespecialidad en cirugía ambulatoria, junto con la doctora Ana Guzmán. La mayoría de las patologías que se tienen, se pueden realizar por cirugía ambulatoria, hoy día se realiza un 50% de las cirugías por medio de la cirugía ambulatoria y un 50% en cirugía electiva. Lo que se necesita es homologar todos los criterios, e indicar que patologías y con qué características se puede y socializar el instrumento, es decir, que aquellos hospitales que no se atreven a realizar mucha cirugía ambulatoria, puedan hacerlo después de analizar el documento. El equipo está trabajando y el plan de trabajo lo tenían que presentar hace un mes. Además, la idea es presentar una política para que sea fortalecida la cirugía ambulatoria, dado que a nivel de la Institución, no se tiene establecida y es importante

que se habiliten salas de operaciones fuera de los hospitales, por lo que se debe reforzar con una política de cirugía ambulatoria y se está trabajando, con una política de esa naturaleza, para tenerla direccionada y se logre trabajar en cirugía ambulatoria, porque en el mediano plazo, también se está proponiendo más núcleos para que se realicen cirugías de esa naturaleza y, por ende, económicamente, son más cómodas, el paciente más pronto se traslada a la casa, requiere menos gasto, porque no se interna en el hospital y en la casa, se recupera más pronto. Por otro lado, en cuanto a una inquietud del señor Loría Chaves, se está elaborando un mecanismo abreviado, es decir, que los medicamentos del especialista puedan ser retirados en el EBAIS. El Dr. Chaves Matamoros expuso el mecanismo a los directores de los hospitales para su utilización, hay que comunicarse con los directores de las clínicas mayores, por cuanto ya existe un mecanismo definido, pero se le está solicitando al Dr. Chaves que el mecanismo sea más sencillo, para que se puedan utilizar los dos mecanismos. Por ejemplo, enviar a solicitar el medicamento del especialista y llegue a la farmacia del Área de Salud, o del EBAIS, el procedimiento se realiza con los supervisores de la farmacia regional y el otro, sería que mediante una epicrisis, el médico especialista autoriza que se le entregue el medicamento en el EBAIS, entonces, el médico general le puede recetar al paciente, como ilustración, la Alegra, en ese sentido, se disminuyen las listas de espera. Este procedimiento de entrega del medicamento, se realiza en el Hospital de Heredia y en la Clínica Central Sur y se debe iniciar un proceso de socialización a nivel nacional.

En cuanto a una consulta del Dr. Devandas Brenes tendiente a conocer qué equipo está trabajando con el Modelo de Gestión Hospitalaria, la Dra. Villalta Bonilla refiere que están trabajando los directores de los hospitales junto con el Director Redes. Comenta que se quiere invitar a la Auditoría, para que trabajen en una parte del taller.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y señala que quiere ver en tiempo la definición y la implementación de las políticas en un planteamiento de corto plazo, así como los aspectos concernientes al tema de la definición del fortalecimiento del Modelo de la Prestación de los Servicios de Salud, además de la actualización de la normativa, dado que son factores críticos para el éxito del Modelo.

Sobre el particular, señala la doctora Villalta Bonilla que un equipo de trabajo, en dos semanas tiene que presentar un plan de trabajo y el plazo que se ha determinado, para su implementación. Continúa y señala que en el Hospital de Alajuela no hay listas de espera, son pacientes de emergencias, se dejan en observación en el Servicio o se envía para la casa. Cómo tiene tanta demanda ese Hospital, se le asignó un Ortopedista de segundo turno, tiene uno de disponibilidad y otro de segundo turno, igual cuenta con un Anestesiólogo de segundo turno y debería de estar operando esos pacientes que ingresaron, el problema que se presentó es que en las noches operó el Cirujano Pediátrico y no el Ortopedista ni viernes, ni lunes. Los pacientes a los que se ha hecho referencia, no se están trasladando a una lista de espera, se estará girando la instrucción que se operen con guardias médicas o con doble disponibilidad, porque esos casos son emergencias.

En este tema de emergencias de ortopedia, tiene entendido el licenciado Barrantes Muñoz, porque así lo manifestó el Director del Hospital de Alajuela, que muchas de esas emergencias se relacionan con emergencias de la Ruta 27 y la reforma de la Ley de Tránsito. En el caso de accidentes de tránsito, ahora, que el Hospital del Trauma está iniciando su función, incidirá positivamente en los casos que deben ser operados, vía póliza de seguros.

Aclara la señora Gerente Medico que el Hospital de Alajuela tiene una sobre demanda en ortopedia.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala que no solo el procedimiento de cateterismo, sino que muchos de esos pacientes van a necesitar cirugía y se vuelve a la técnica de los cirujanos de tórax que se hizo referencia, porque una vez realizado el cateterismo, a algunos pacientes se les tendrá que implantar un Stent, ese aspecto va a potenciar en mucho las necesidades de cirugía.

Recuerda, la doctora Sáenz Madrigal lo expuesto por el doctor Chaverri, el hecho que se emita un diagnóstico a un paciente, el mismo cateterismo va a establecer la prioridad de la atención de esa cirugía, no es necesariamente que se tenga que operar al día siguiente, pero tampoco en tres años. Ese es el tema donde hay que quebrar esa acumulación, en el sentido de si el paciente requiere de una operación urgente, se debe tratar como tal, pero si el paciente puede esperar, el especialista que realiza el cateterismo, puede indicar que se le realice la operación e indicar la fecha. De manera que el médico, es el responsable de asignar el tiempo máximo que esa persona puede esperar para la cirugía. En esos términos, es importante la educación e información en el tema.

Se delibera sobre la necesidad de los recursos e indica la doctora Villalta Bonilla, que se debe reforzar el recurso físico y los sistemas de información en listas de espera, porque el sistema de información, se tiene en hojas de Excel. Se ha logrado que todos los hospitales tengan el registro de las listas de espera, pero la depuración de igual forma es manual, por ejemplo, se elabora la hoja de anestesia, hoja por hoja, porque no se tiene la hoja de Excel. Como ilustración, en la Torre Sur del Hospital Calderón Guardia, entonces, algunas veces los pacientes no se incluyen, dado lo anterior, es la depuración que hay que hacer, por un error o no se sustituyó al paciente de los registros médicos y no se logró depurar la lista; es decir, el sistema de información se debe integrar, de tal manera que cuando el paciente ingrese a la sala de operaciones y es operado, se tiene que excluir de la lista y se debería depurar automáticamente en el sistema, pero como no se tiene, se debe volver a registrar. Entonces, en este momento se tiene una solución, ya la Msc. Lorena Solís tiene un 23% de avance, se está trabajando en el Hospital Calderón Guardia, con el área de ingresos y la idea es ingresar al ARCO quirúrgico. Se tiene la dotación de recursos y adquisición de equipo; sin embargo, a veces se tiene el especialista y no el equipo, así sucedió en el Hospital de Ciudad Neily, de manera que se está comprando el equipo, para que se pueda descongestionar el Hospital.

En relación con una pregunta del Director Alvarado Rivera, responde la doctora Villalta Bonilla que los temas de corto plazo se refieren a este año, lo cual se está comprando y con las cámaras mediáticas, se quiere determinar donde se están utilizando y llevarlas a los hospitales que tienen más listas de espera.

Ante una consulta de don José Luis Loría, refiere la Gerente Médico que las cámaras mediáticas, se están implementando con los optometristas, es como un tamizaje para, luego, ir donde el especialista y se determine si va donde el optometrista o no, va donde el especialista. En síntesis, es la recomendación de los oftalmólogos, utilizar las cámaras mediáticas para que un paciente que requiera de un optometrista, o no requiere de la atención del oftalmólogo y no esté en la lista de espera. En cuanto a la integración de soluciones, existe un sistema de información

quirúrgico que se desarrolló en Heredia y la idea es implementarlo en otros hospitales. Ese sistema resolvería los problemas que se tiene de no depuración del registro y, automáticamente, el paciente queda registrado y de la misma forma, se depura y cuando el paciente es operado, se incluye y el registro automáticamente depura.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y enfatiza en que el sistema informático que tiene Hospital de Heredia, tiene el tema del ARCA quirúrgica, el cual está implementado en veintitrés hospitales, la idea es que sea la misma base, para controlar la parte quirúrgica para todos los hospitales. Se conoció un ejemplo que planteo el doctor Ruiz con los funcionarios de los Hospitales de Grecia, San Ramón y Alajuela, en donde utilizando el ARCA en la parte quirúrgica, se empezaron a cruzar las bases de datos de todos los hospitales y se encontraron algunos pacientes repetidos. Además, se observó que el que más personas repetidas genera es el Hospital de Alajuela, por alrededor de 40 pacientes, el Hospital de Grecia era el que menos pacientes repetidos tenía. Pero se dio un caso muy interesante en ese Hospital, dado que tiene mayor capacidad para realizar cirugías de ortopedia y las personas no se devuelven sin ser atendidas. Se conversó con el Director del Hospital de Alajuela, en el sentido que los pacientes que son de Grecia y están en ese Hospital, sean remitidos a ese Hospital. Cuando se logra determinar el cumulo de las listas y en cual hospital se duplica y quien no, empiezan a surgir las capacidades que compartir y el Hospital de Grecia, está realizando un número significativo de cirugías al Hospital de Alajuela.

Continúa la doctora Villalta Bonilla y en cuanto al desarrollo de la transparencia en listas quirúrgicas, anota que en el desarrollo e implementación del proyecto piloto de soporte de sistemas automatizados, está trabajando el Área de Tecnologías de Información y la doctora Sáenz, donde en la segunda semana de mayo, se le va a dar seguimiento a lo que se está trabajando.

Sugiere la doctora Sáenz Madrigal que en este momento, lo que se podría hacer es la lista de espera y si se tiene el número de teléfono, informarle a las personas de la cita y es lo que se desea hacer, que sea más transparente, que cada establecimiento conozca el número de pacientes en listas de espera que se tiene y la población, también tenga ese conocimiento. Para lo cual se requiere que el sistema de información esté bien articulado. Entonces, como había que esperar algunos meses, y los pacientes no pueden esperar, es por ese motivo que se está ideando el sistema, de manera que se ingresa el número de cedula en el celular y se tiene la información de cuándo el paciente tiene programada la cita. Como segunda opción, sería en el sentido de que se le dé la lista y por medio del call center que, inclusive, está contratado, se puedan hacer las llamadas para informarles a las personas y se verifique. Enfatiza en que son acciones que se están realizando para transparentar, tanto para la población como para la cultura institucional, porque no se tiene esa costumbre y todos los demás aspectos deben estar funcionando. En esos términos es el objetivo del proyecto en el corto plazo, para asegurar que se cuenta con el equipo y recursos; además, que se logren realizar ajustes en la optimización y que las personas que estén con cita, tenga la seguridad que van a ser operadas. Ese proceso corresponde a un tema de ajuste muy fuerte en la gestión.

El Director Loría Chaves manifiesta que la Junta Directiva pasada, había terminado el proceso de desconcentración de hospitales y no porque no se haya creído en la desconcentración. Sin embargo, este proceso no ha concluido y le parece que se debe analizar en forma integral, porque

influirá en el proceso que se está desarrollando. Le parece que en el largo plazo, la Junta Directiva debe retomar el tema de la desconcentración con una nueva visión.

El Director Fallas Camacho concuerda con don José Luis Loría en que el tema debe ser retomado, varios de los aspectos que se han mencionado y están inmersos en otra decisión mayor, como es la decisión del Nuevo Modelo de Atención. En términos de cómo va a funcionar, cómo se van a generar las responsabilidades y las tareas específicas, a cada dependencia médica y se debe tener claro; pero lo que se está entendiendo como un proceso al cual se deben abocar, porque está ahogando el modelo por la enorme demanda de servicios, pero por bien que funcione y tiene su costo adicional, no va a resolver el problema, sino se logra solucionar el problema de fondo, el cual es la estructura funcional de la Institución, en términos de responsabilidades y tareas, por la necesidad de especialistas, planta física, equipo, protocolos de referencia y contrareferencia, protocolos que deben tener los especialistas para fortalecer los EBAIS. Se está definiendo como un elemento que se debe hacer y dadas las circunstancias, no se puede acelerar el proceso, al enfoque clásico que se ha venido manejando de clarificar cual es el modelo de la Institución. Hay personas que están trabajando en esos aspectos; entonces, le parece que formará parte del desarrollo de los talleres que se han discutido y los cuales, van a ser realizados en un período corto, donde se supone que la gran mayoría de los Miembros de la Junta Directiva, estarán participando para poder enriquecer los pensamientos, que aquí se discuten de diferente manera, pero que todo concluye en ese modelo de prestación de servicios médicos. Dado que el Modelo funcionará muy bien por un tiempo, pero no garantiza que va a funcionar a la distancia, al menos que se defina una solución que tampoco va a ser de hoy a mañana, porque se debe estructurar y manejar en determinado tiempo, se debe buscar una nueva estrategia para formar nuevos especialistas, está planteado en este Órgano Colegiado, también, sobre el enfoque de los servicios que se puedan prestar, porque no se conoce hasta dónde va a llegar la Institución, el dar respuestas a toda la demanda que la sociedad está haciendo. Por otro lado, le parece que se debe proyectar en revisar el financiamiento de esta Institución, o que se indique hasta donde se puede llegar con la prestación de los servicios de salud, ya que no se va a poder llegar mucho más allá. Considera que esta situación que está sucediendo ahora, con esta enorme demanda de servicios, por ejemplo, los cateterismos y los angiogramas, hasta hace poco tiempo no se hacían y si se analiza cómo va en aumento la demanda, es exponencial, porque se hace referencia a miles de personas e, inclusive, la doctora Villalta ha planteado cifras significativas, sobre las cuales le parece que se debe empezar a trabajar, de acuerdo con el grado de patología, la prevalencia de enfermedades cardíacas, en términos de cuánta demanda se va a tener en el corto y mediano plazo. Además, se debe estar preparado para tomar algunas decisiones, que solo cuando se tenga definido, el enfoque de todas las prestaciones sanitarias que esta Institución tiene que dar y sin duda alguna, es lo que permitirá que se adelanten a los problemas y no tener que estar recurriendo a parches y parches, que al final es un elevado costo. Entonces, invita a que se analice la situación, con un elemento que hay que intervenir ahora, pero no hay que dejar de pensar en que la posible solución, va a estar hasta que se defina con claridad, que es lo que se va a hacer para organizar la prestación de servicios. En el sentido de cuál va a ser el nivel de responsabilidad de cada unidad médica de la Institución, en función de que se marca esa responsabilidad, si es por la patología, la incidencia que existe en el área de atracción de cada unidad, pero continúa siendo de oferta y no le produce satisfacción, porque se tendría que dar el servicio que se tiene y no más allá. Se debe focalizar el aspecto desde el punto de vista de cuáles son los problemas de la sociedad sanitaria, de manera que sea atendido y qué elementos externos, también deben participar en esa solución, que es otra de las tareas pendientes que se

tiene y como se van a enfocar esos problema, porque se van a seguir creando más unidades coronarias, dado que hay más enfermedades y más equipo que cuestan millones de colones, para seguir implantando Stent o seguir trabajando con las personas, para que se aprendan a manejar en su calidad de vida en alimentación. Lo anterior, es una realidad de la institución, posiblemente, no les corresponda pero se tiene la obligación de dejarlo señalado y es una preocupación que se debe tener, por ejemplo, el fumado, tomar licor, la falta de ejercicio está creando problemas tremendos a la Institución y la sociedad tendrá que decidir, si se sigue alimentando o continúa igual, sin consideración de dónde se van a tomar los recursos presupuestarios para pagar los problemas que se tienen. En esos términos no es solo el modelo, sino el enfoque y la estrategia de la salud en lo que corresponde a la Institución como tal. Repite, analizar la situación como un elemento que se debe hacer rápido, pero no hay que dejar de ir hacia el otro lado, que corresponde a los talleres, pero que todos participen y se logren alcanzar elementos positivos, por lo menos para comenzar.

Continúa la doctora Villalta Bonilla con las estrategias de mediano plazo, que corresponde al desarrollo de las habilidades gerenciales, que se tenía como primer punto y corresponden al fortaleciendo del segundo nivel de atención en salud, el cual es trabajando en redes, en el corto plazo que se les había solicitado a los Directores Regionales que realizaran una propuesta. A lo cual reiteraron el seguimiento que hacen en mayo, la doctora Sáenz Madrigal definirá cuáles Direcciones Regionales, presentarán la propuesta a la Presidencia Ejecutiva. Entonces, sería la articulación trabajando en red a mediano plazo, cuales especialidades pueden trabajar en redes y cuáles no, el liderazgo y el empoderamiento y el concepto de equipo de alto rendimiento trabajando. Por otro lado, a nivel institucional se debe empezar la cultura, de cómo se están gestionando las salas de operaciones, se debe tener el equipo, la planificación, como se van a programar las cirugías, no se tiene definido cuánto se va a tener, cuánto tiempo, por ejemplo, se tiene digitalizado el registro de los pacientes correspondiente a dos años y se puede, determinar cuánto se ha tardado en la operaciones de las hernias y un promedio por hospital, como ilustración, un hospital programa dos horas para una hernia y, realmente, lo que se utiliza es una hora. Todos esos aspectos se deben contemplar en el fortalecimiento que se podría tener en el corto plazo, pero se va a realizar en el mediano plazo. En el fortalecimiento de los equipos gestores, se requiere hacer equipos de directores y Directores Regionales que conozcan la gestión de las salas, de manera que sean vigilantes y gestores de ellas. Se pueden abrir las brechas y en cuanto a los segundos turnos, es muy difícil tomar decisiones inmediatas para solucionar problemas, a modo de ilustración, en este momento hubo que trasladar un cirujano de Quepos, para el Hospital de las Mujeres, de modo que hay que reforzar el Hospital de Quepos en el segundo turno; además, se produce mucha rotación de especialistas. Se pensiono el Ginecólogo de ese Hospital, a veces se logra conocer la brecha, pero es demasiado cambiante, en un año hay que modificar la planificación que se tenía, aproximadamente, tres veces por las necesidades de especialistas, sea porque se pensionan, se trasladan a prestar sus servicios a la medicina privada, porque renuncian, o por embarazo, se tiene definida una brecha y aclara que la que se tenía en este año, no es la misma, hay que volverla a definir y es como el día a día.

El Director Devandas Brenes, en cuanto a las brechas pregunta sobre las necesidades de especialistas, porque se quedó pendiente el tema de los campos clínicos.

Responde la Gerente Médico que el CENDEISSS se comprometió a presentar un informe de los campos Clínicos de Anestesiología, para inicios del mes de mayo de este año.

Complementa la doctora Sáenz Madrigal que el estudio de la necesidad de Anestesiólogos, está concluido y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo presentará esta semana y en la primera de mayo, será de conocimiento de la Junta Directiva.

En cuanto a la infraestructura y equipamiento, manifiesta la doctora Villalta Bonilla que a mediano plazo se requiere de más equipo, sería la adquisición de tecnología de punta para sustituir equipos de radiología, para que no se tenga el problema de que se descompone el equipo y se debe comprar un repuesto y llega en dos o tres meses. En cuanto a la compra de los Arco en C, existe una compra, porque en el país hay que sustituirlos todos, dado que han generado mucho problema en los diferentes hospitales; además, se están comprando tomógrafos. La propuesta también incluye para el Área Metropolitana un Centro Digital de Diagnóstico por Imágenes, se está iniciando el estudio de oferta y demanda. Es para realizar estudios de alta complejidad, es una propuesta de pacientes oncológicos, el diagnóstico digital centralizado en un solo lugar y el fortalecer el diagnóstico de la enfermedad cerebro vascular y cardiaca con un Angiotac, porque depuran y pacientes que están para cateterismo y no habría que hacer un proceso invasivo. Cabe señalar, que existen diversas formas de contratación.

Adiciona la doctora Sáenz Madrigal que el proyecto es a mediano plazo, se está realizando el estudio que está orientando a definir cuáles acciones que se van a implementar.

Prosigue la doctora Villalta Bonilla y señala que se está realizando un análisis en demanda y oferta, para determinar si se hace un Centro de Diagnóstico e imágenes a nivel central, porque se tiene una brecha. Entonces, los hospitales se dedicarían a determinar la parte de hospitalización y los otros, la parte de consulta externa. La idea es tener la información digitalizada y que pueda ser enviada a los centros, es un proyecto a mediano plazo, porque ahora hay empresas que se contratan y con el mismo equipamiento, se lograría en el corto plazo.

Interviene el Director Alvarado Rivera y manifiesta su preocupación, en el sentido de que se concentren las imágenes en un solo Centro, le parece que dejaría fuera del procedimiento, muchas personas.

Al respecto, indica la doctora Villalta Bonilla que la idea es que sea en el Área Metropolitana, donde se tiene mucha demanda, por cuanto se tienen los CAIS, por ejemplo, el año pasado la lista de espera de mamografía del Hospital San Juan de Dios, correspondía al CAIS de Desamparados, por cuanto no tenían radiólogo. Entonces, la idea es concentrar en un solo lugar el estudio de demanda y oferta.

Abona la Dra. Sáenz Madrigal que la idea, es que viajen las imágenes por internet y hay un centro de lectura centralizado, por el déficit que se tiene de radiólogos, es una propuesta y no es para todos los pacientes, que se les realizarán las radiografías en ese Centro.

Continúa la Gerente Médico y señala en cuanto a los núcleos quirúrgicos, el Hospital Calderón Guardia solo puede derivar pacientes a las dos salas de operaciones de la Clínica de Coronado e, inclusive, tiene que derivar del Hospital Max Peralta. En ese sentido, se determina que se requieren núcleos quirúrgicos para Coronado y Guadalupe o un núcleo quirúrgico cerca del Hospital San Juan de Dios o reforzarlo, hay que definirlo. Ese análisis se está realizando en el

mediano plazo, porque el Hospital Calderón Guardia, tiene mucha demanda quirúrgica. Considera que es el Hospital al que mayor cantidad de pacientes quirúrgicos ingresan y no tienen ningún lugar donde derivar pacientes. Entonces, la idea es hacer núcleos quirúrgicos, donde se incremente la capacidad de cirugía ambulatoria, para lo que corresponde al área de atracción de Coronado y Goicoechea.

Al Director Barrantes Muñoz le parece que el tema de los núcleos quirúrgicos de cirugía ambulatoria, se podría retomar con el apoyo de los Centros de Gestión Informática (CGI).

Al respecto, señala la doctora Sáenz Madrigal que de ahí, lo importante que es se realice el estudio de la oferta y la demanda y tener más claras las necesidades de los servicios de salud.

Comenta la doctora Villalta Bonilla que se analiza en el largo plazo, la necesidad de cambiar la cultura organizacional, la gestión de la sala debe ser como un reloj, hay muchas oportunidades de mejora, se deben eliminar los tiempo muertos, los de alimentación, el uso del recurso humano, la programación y, en ese sentido, se deben definir los tiempos que se están durando por hospital de cirugía, se tiene dos años de registro por todos los hospitales. Por ejemplo, se conoce cuánto se tarda una cirugía de una hernia en el Hospital Calderón Guardia, así como una vesícula, ya se puede empezar a documentar, así se mejora la planificación y la organización porque a veces, hay tres salas desocupadas y no se opera porque, eventualmente, hace falta un insumo, es decir, puede ser un problema de planificación. Entonces, mucha parte de la gestión se debe mejorar, existen muchas oportunidades de mejora, la idea es hacer equipos que sean de excelencia y de alto rendimiento en los hospitales nacionales; además, sean formadores de los otros hospitales para empezar a modificar la cultura, definiendo indicadores y controles.

Por su parte, al licenciado Alvarado Rivera, le parece que cuando se identifica el problema y se determina que existe una posible solución, lo que hay que hacer es solucionarlo. Si en este momento, se tiene claridad meridiana de que se tienen, por ejemplo, tres salas de operación y se requiere un equipo, entonces, se resuelve el problema, no se le va ir a indicar a la Institución o al hospital, que se tiene un problema de administración, porque le hace falta un equipo o dos y se debe comprar, porque esa es la parte de la derivación de las responsabilidades en el tiempo y no se resuelven. Ahora, si el estudio que se hace, centralmente, determina factores de mejora que son de acción inmediata, se debe actuar sobre esos factores, no se debe derivar la responsabilidad de la compra. El objetivo de los estudios es que cuando se hace un análisis, se hayan estudiado los factores de mejora y se actúa sobre ellos. Ahora, si existen algunos aspectos de orden administrativo, que tiene jerarquías y no permiten actuar, habría que definir cómo se resuelven, pero en una situación de emergencia, como en la que está la Institución que se empieza a generalizar, lo que se debe tener es, prácticamente, un equipo “swat” interventor que indique, se analizó el problema y se definieron los factores de riesgos, y se presentan los factores de mejora. De modo que se va a actuar sobre el problema y se resuelve, porque se les da la responsabilidad que lo organicen y no quedarse en el análisis, si se puede actuar como Oficinas Centrales, en accionar procesos, se debe accionar, no hay que dilatarlos más, porque los problemas se pueden resolver con mucha más celeridad.

Señala la doctora Villalta Bonilla que los directores de los hospitales, conocen cómo están reaccionando, en los Consejos que se realizan cada dos meses. Por ejemplo, se hace referencia de cómo están las listas de espera, las actas se encuentran en la Gerencia Médica, ya se les envió

una directriz de que la planificación debe ser centralizada, además, que se debe verificar la hora del inicio de las cirugías y se deben evitar los tiempos muertos.

El licenciado Alvarado Rivera indica que es un tema de gestión, se tiene identificado el problema, se hace un reporte y ese centro tiene un atraso de alrededor de los dos meses, se le puede indicar que tiene presente ese atraso y que mejoren; pero se regresa en dos meses y la lista de espera ha aumentado, no se trata de esa situación, porque el problema se identificó, se tiene un atraso y se debe solucionar en la inmediatez de los próximos 15 días o hay que cambiarlo. Le parece que se debe actuar más. Entiende la posición de la Gerencia Medica, porque le corresponde evaluar todos los centros del país y es muy complejo, pero, por ejemplo, cuando se tienen deudas en las casas, se ponen al día las pequeñas, para determinar cómo se resuelve las más grandes, porque si no puede resolver las pequeñas menos las grandes. Estima que se debe actuar sobre lo inmediato y los eventos que se pueden resolver rápidamente, los activos y los resuelve de manera que se pueda ir avanzando, minimizando el impacto que producen los problemas que se tienen, de lo contrario se van a seguir acumulando y lo que se logra determinar como un aspecto fácil de resolver, mañana es un megaproblema. Aunado con todo el tema anterior, no se debe olvidar que, prácticamente, hasta hace un año, estaba el tema de la desconcentración y provocó que se tuviera que evaluar temas y, además, se les diera seguimiento y control. Volver a recuperar ese control, es lo que se está tratando de hacer pero, también, determinando la responsabilidad que queda en el nivel que les corresponde, no se trata de que es a la Junta Directiva o a la Gerencia Médica, a quienes les corresponde determinar si existe responsabilidad del jefe, pero esa lógica estaba desintegrada y doña Mayra Soto, en ocasiones esos aspectos los califica como desobediencia. Considera que ese tema no se debe olvidar porque, inclusive, algunos hospitales y áreas salud que no estaban en ese mecanismo y a veces era hasta más fácil implementar algunas acciones.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala que el esquema de desconcentración, se modificó porque existían más de quince informes de la Auditoría y así lo solicitaba. Le parece que fue un proceso obligado e, incluso, lo ha confesado en varias oportunidades, que es pro desconcentración y considera que se debe volver a ese Modelo, pero de una manera mucho más ordenada, lo cual no es fácil pero el control, las responsabilidades de los directores y de la administración, en que todo vaya funcionando, porque se tiene un control político macro, en el que no se puede controlar lo micro y ese aspecto, debe ser al contrario, pero podría ser coadministrar y sería inconveniente.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que en ese momento, existía una legislación que permitió ese comportamiento y en relación con la desconcentración, concuerda con don Adolfo Gutiérrez, porque al contrario, esa flexibilización que hubo en algunos temas, ha creado un poco esta dificultad de la gobernabilidad del sistema. Se debe tener claro y no pretende que el tema se presente en la Junta Directiva, no está indicando que el Órgano Colegiado tenga control, sino porque la ley establece que existen controles internos y se deben cumplir con ciertos aspectos en la desconcentración. Por otra parte, los sistemas de información son, absolutamente, un eje para poder tener observancia de lo que está sucediendo en vigilancia, orientación y ahí ha existido una debilidad como ha sido reconocida. Los sistemas de información para la gestión han sido muy fragmentados y trae a colación, que esa gobernabilidad pasó por roces, que hubo entre los directores que estaban nombrados de una manera y otros con otra situación, por ejemplo, en los salarios y en las responsabilidades; ahora, están trabajando juntos en la Red.

Al Director Loría Chaves le parece que en la propuesta de enero de este año, se había planeado convocar a un taller con los directores y administradores, no con los principales, sino con los que se pueda y, luego, piensa que hay que conversar con los sindicatos, hay que recibirlos y plantearles la situación, porque hay aspectos que pueden ayudar a facilitar. Por ejemplo, cree que con la Unión Médica Nacional, eventualmente, se podría discutir el tema. Estima que se debe realizar un gran esfuerzo, porque es un tema país.

La doctora Villalta Bonilla indica que se refirió, a la determinación de la optimización de la capacidad instalada en el corto plazo y el Dr. Navarro presentará el desarrollo del proyecto que la semana pasada se había presentado, en el cual están incluidos los cateterismos, además de Cirugía y Ortopedia, es el tema específico y el desarrollo del proyecto.

Seguidamente, el doctor Navarro Correa presenta la propuesta: Optimización de la Capacidad Instalada en Pacientes Urgentes y Electivos Accesibilidad y Oportunidad de Servicios, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

- 1) Gerencia Médica
Caja Costarricense de Seguro Social
Optimización de la Capacidad Instalada en Pacientes Urgentes y Electivos
Accesibilidad y Oportunidad de Servicios
Abril 2015
- 2)

Portafolio de proyecto concursante

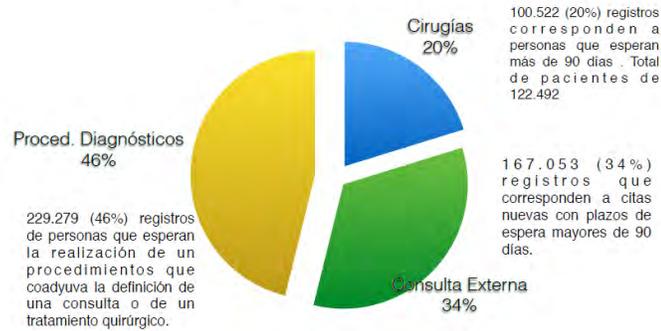
Accesibilidad y Oportunidad de Servicios
Fase - A

Optimización de la Capacidad Instalada en pacientes Urgentes y Electivos



- 3)

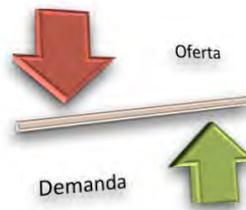
Antecedentes Descripción del problema Diciembre 2014



4)

Lista de espera

- Condiciones
- Adecuada gestión de los recursos existentes.
 - Comportamiento de gestión de la fila.
 - Acceso irrestricto a los recursos requeridos
 - Control de la Demanda.



Análisis de la Gestión de Servicios de Salud

7

5)

Cantidad de especialistas distribuidos al nivel local 2010 -2013

Comparación de tiempos completos en anestesiología entre los años 2012 – 2014.

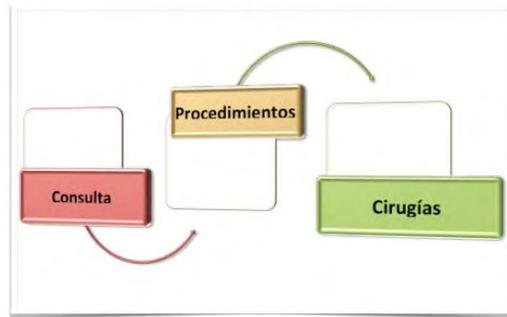
Red de Servicios de Salud	Recurso Humano en anestesia		Diferencia
	2012	2014	
Este	48	41 (10)	-8
Sur	38	37 (3)	-1
Noroeste	81	70 (16)	-12
Especializados	20	28 (2)	8
Totales	187	174	

31 reducciones de jornadas en anestesiología

Reporte: Necesidades de Médicos Especialistas Según Perfil Epidemiológico en los tres Ráneos de Servicios de Salud de la CCRS, para el período 2013 - 2015, Primer semestre 2013. CCRS/ISS.

6)

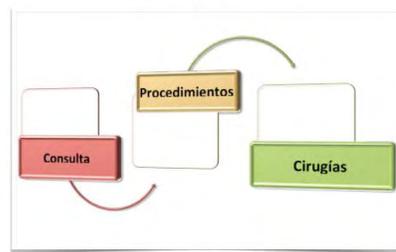
Indicador de evaluación de impacto



Cantidad de registros de pacientes \longrightarrow Tiempo de espera promedio

7)

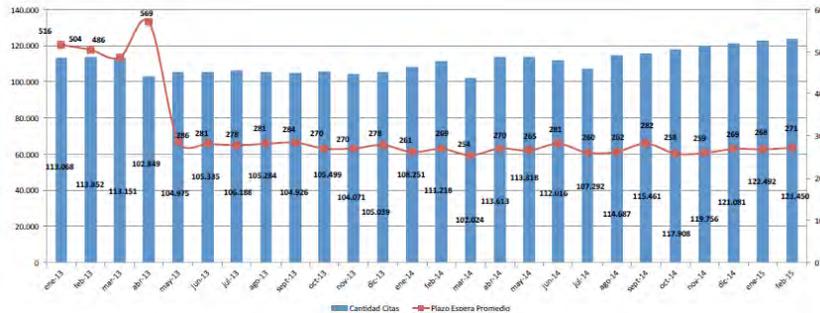
Indicador de evaluación de impacto



Cantidad de registros de pacientes \longrightarrow Tiempo de espera promedio

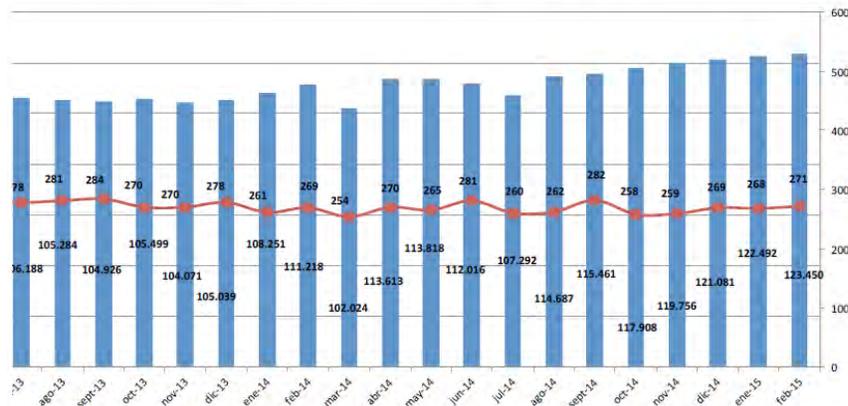
8)

Comportamiento del tiempo de espera promedio en cirugías



9)

Comportamiento del tiempo de espera promedio en cirugías



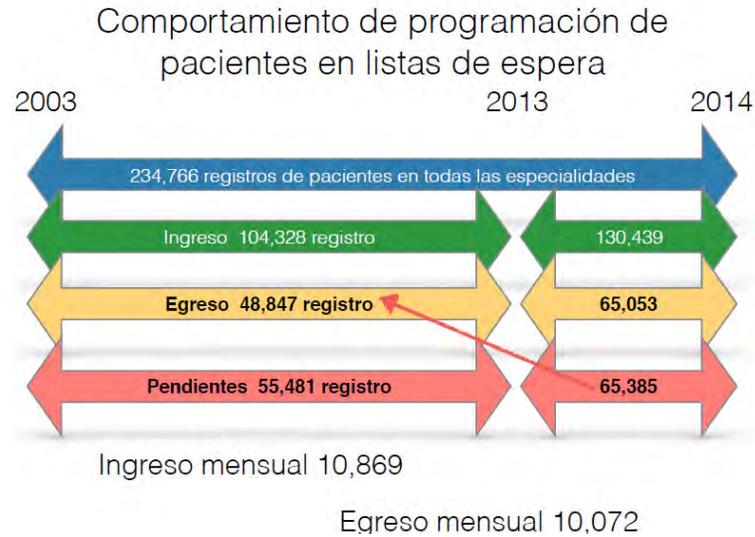
10)

Lineamientos Gerenciales

Gestión de Sala de Operaciones y Hospitalización

1. Programación de **pacientes de las listas de espera** para cirugía electiva y cirugía mayor ambulatoria con plazos más antiguos.
2. **Programación a seis semanas y progresiva** semanalmente para contener un banco de pacientes siempre
3. Tiempo de Utilización de Salas de Operaciones a **5 horas por turno en cada quirófano abierto.**
4. Atención prioritaria de pacientes de **hernias y vesículas electivas y mayores ambulatorias** con plazos superiores a un año de espera.

11)



12)

Comportamiento del Tiempo de Utilización de quirófanos 2014

TUSH - 73%

Quirófanos abiertos y habilitados

28,577 SOP - I turno laboral

TUSH mayor a 4 horas: 21,022 SOP

TUSH Menor a 4 horas: 7,555 SOP

10,882 horas sin utilizar

13)

Necesidades y Apertura de quirófanos

Red de Servicios de Salud	Quirófanos no habilitados	Quirófanos Abiertos con Servicio Social
Este	10	4 HCG, 1 Guápiles y 2 Limón
Sur	13	2 Desamparados, 1 Golfito, 1 Pérez Zeledón, 1 HSJD.
Noroeste	10	1 La Anexión, 1 Alajuela
Especializados	3	1 CLOF, 2 Cenare
Totales	36	17 salas en I y II turno.

14)

Comportamiento nacional al mes de diciembre 2014

Red de Servicios	Listas de espera quirúrgica		Porcentaje de programación de pacientes antiguos	Tiempo de Utilización de Quirófanos (TUSH) mayores a 4 horas efectivas I turno ordinario
	Total de pacientes	Plazo de espera promedio		
<u>Total Nacional</u>	<u>122.492</u>	<u>275</u>	39%	73%
<u>Red de Servicios de Salud Noroeste</u>	<u>51.294</u>	<u>298</u>	42%	76%
<u>Red de Servicios de Salud Sur</u>	<u>28.837</u>	<u>224</u>	33%	74%
<u>Red de Servicios de Salud Este</u>	<u>33.176</u>	<u>295</u>	43%	77%
<u>Red de Servicios de Salud de Centros Especializados</u>	<u>9.185</u>	<u>257</u>	33%	30%

15)

Objetivo

Reducción de los tiempos de espera promedio de las especialidades quirúrgicas en las modalidades de cirugía mayor ambulatoria y cirugía electiva, mediante la aplicación de modelos de pago innovadores que promuevan la productividad de las especialidades quirúrgicas identificadas como críticas dentro del periodo 2015 al 2018.

16)

Objetivos Específicos

1. Implementar dentro de la gestión de los establecimientos el incremento de indicadores de resultados como programación del 80% de los pacientes de la lista de espera con plazos más prolongados **en todas las especialidades** quirúrgicas y el incremento del tiempo de utilización de sala de operaciones al 95%, por cada uno de los quirófanos abierto en cada turno laboral.
2. Incrementar la producción de la cirugía mayor ambulatoria y corta estancia en las especialidades determinadas como críticas (Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología y Cirugía Cardiovascular), mediante la implementación de modelos de pago que comprometan una meta productiva y de tiempo de espera promedio.
3. Desarrollar la capacitación del total de especialistas en las áreas quirúrgicas críticas en la implementación de los formularios de priorización, logrando para el mes de diciembre 2015 la identificación del estado de prioridad de los pacientes que ingresan en el año 2015.

17)

Justificación de las especialidades a atender

Especialidad	Total de Pacientes	Porcentaje en relación con los diagnósticos en CMA	Diagnósticos	2009 al 2014		2015	
				Cirugía Ambulatoria Mayor	Cirugía Electiva	Cirugía Ambulatoria Mayor	Cirugía Electiva
13% Oftalmología	16673	52% 32% 16%	Cataratas Pterigión Otros	7.902 4.936	0 0	826 361	0 0
subtotal				12.838			
26% Cirugía General	31740	33% 37% 30%	Hernias Vesículas Otros	4.992 6.580	4.878 4.540	370 403	174 193
subtotal				11.572			
20% Ortopedia	24244	22% 2% 12% 4% 4% 3% 5% 49%	Artroscopia de Rodilla Otras Artroscopias Reemplazo de Rodilla Reemplazo de Cadera Hallux Valgus Retiro de Materiales Síndrome de Túnel Carpálico Otros	4.549 388 88 49 702 480 1.029	559 41 2.787 949 153 167 163	146 2 17 0 14 26 39	25 0 22 18 1 6 11
subtotal				7.285			
59% Total				31.695			

18)

Suposiciones y Limitantes

Factores Externos

Factores Internos



19)

Alcances y exclusiones

Exclusiones para la realización y cancelación del trabajo realizado en el proyecto:

1. Pacientes urgentes, emergentes o diferidos
2. Pacientes con resoluciones constitucionales
3. No presentes en lista de espera
4. Cuando no alcance el criterio de jornada efectivamente realizada.

Producción del proyecto

La producción realizada bajo este proyecto **no** podrá se incluida dentro de la producción del plan presupuesto del 2015

20)

Descripción del proyecto



21)

Población Meta

Especialidad	Total de Pacientes	Porcentaje en relación con los diagnósticos en CMA	Diagnósticos	2009 al 2014		2015	
				Cirugía Mayor Ambulatoria	Cirugía Electiva	Cirugía Mayor Ambulatoria	Cirugía Electiva
Oftalmología	16673	52% 32% 16%	Cataratas	7.902	0	826	0
			Pterigión	4.936	0	361	0
			Otros				
			subtotal	12.838			
Cirugía General	31740	33% 37% 30%	Hernias	4.992	4.878	370	174
			Vesículas	6.580	4.540	403	193
			Otros				
			subtotal	11.572			
Ortopedia	24244	22% 2% 12% 4% 4% 3% 5% 49%	Artroscopia de Rodilla	4.549	559	146	25
			Otras Artroscopias	388	41	2	0
			Reemplazo de Rodilla	88	2.787	17	22
			Reemplazo de Cadera	49	949	0	18
			Hallux Valgus	702	153	14	1
			Retiro de Materiales	480	167	26	6
			Síndrome de Túnel Carpal	1.029	163	39	11
			Otros				
			subtotal	7.285			
Total	31.695						
Meta propuesta	25.730						

Fuente: Bases de datos personalizadas de cada establecimiento, corte de diciembre 2014

22)

Propuesta de modalidad de pago

Modalidad de Pago	Factor de control para el pago		
	Control de Horario	Producción	Trabajo realizado
Tiempo Extraordinario	x		
Extras Médicas	x		
Guardias Médicas	x		
Disponibilidades Médicas	x		
Pago por Acto Médico y complejidad (neurocirugía)			x
Cirugías Vespertinas		x	
Jornadas de Producción de Procedimientos		x	

23)

Distribución de Diagnóstico por Especialidad y Estándar de productivo establecido de acuerdo con la modalidad de atención

Especialidad	Diagnóstico	Número de Pacientes por Jornada de producción	Modalidad de Atención
Cirugía General	Hernias	5	Cirugía Mayor Ambulatoria o Cirugía de Corta Estancia
	Colecistitis o Colelitiasis	4	Cirugía Mayor Ambulatoria o Cirugía de Corta
Ortopedia	Artroscopia de Rodilla Diagnóstico y Tratamiento	5	Cirugía Mayor Ambulatoria
	Hallus Valgus	5	Cirugía Mayor Ambulatoria
	Retiro de Materiales	5	Cirugía Mayor Ambulatoria
	Reemplazo de Rodilla Primarios	3	Cirugía de Corta Estancia
	Reemplazo de Cadera Primarios	3	Cirugía de Corta Estancia
Cirugía Cardiovascular	Reemplazos valvulares y Oclusión Coronaria	1	Cirugía de Corta Estancia

24)

Modelo de Pago

Jornada Quirúrgica de Producción

Pago 14,25% por producción efectivamente realizada.

Cubre personal de SOP y recuperación.

Jornada quirúrgica de Producción por paciente dado de alta

Pago de 150,000 colones por cada cirugía y 3 a 4 consultas Cirujano y 30.000 colones de anestesia.

Personal de apoyo bajo tiempo extraordinario

Jornada de atención a coronariografías

Pago de 180,000 colones por cateterismo realizado

Se cancela el trabajo realizado con pacientes más antiguos de la lista. Ambas con restricciones de pago.

25)

Metas e Impacto esperado en la ejecución del proyecto

Especialidad	Total de Pacientes	Porcentaje en relación con los diagnósticos en	Diagnósticos	2009 al 2014 Cirugía Mayor Ambulatoria	Oferta de Realización por Establecimientos	Porcentaje
Oftalmología	16.673	52%	Cataratas	7.902	7.341	93%
			subtotal	7.902	7.341	93%
Cirugía General	31.740	33%	Hernias	4.992	4992	100%
		37%	Vesículas	6.580	4480	68%
subtotal				11.572	9.472	82%
Ortopedia	24.244	22%	Artroscopia de Rodilla	4.549	2.988	66%
		2%	Otras Artroscopias	388	0	0%
		12%	Reemplazo de Rodilla	88	335	1141%
		4%	Reemplazo de Cadera	49	100	1341%
		4%	Hallux Valgus	702	657	104%
		3%	Retiro de Materiales	480	729	152%
subtotal				6.256	4.809	77%
Meta propuesta				25.730	21.622	84%

Costo por cirugías

Inflación interanual del periodo								
Meses	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Enero	10,56	13,5	5,34	4,84	4,21	5,76	3,1	4,39
Febrero	11,4	12,75	5,6	4,57	4,05	6,52	2,74	3,53
Marzo	11,04	12,32	5,84	4,58	4,21	6,21	3,26	3,05
Abril	10,95	11,75	5,56	4,68	4,71	6,31	3,68	
Mayo	11,9	9,52	6,23	4,85	5,04	5,28	4,21	
Junio	12,82	8,2	6,31	5,18	4,61	5,14	4,59	
Julio	14,14	6,9	5,68	5,19	3,95	5,81	5,19	
Agosto	15,4	5,71	5,21	5,25	4,23	5,31	5,49	
Septiembre	15,77	4,83	5	5,17	4,47	5,37	5,2	
Octubre	16,3	4	5,25	4,93	4,68	4,11	5,7	
Noviembre	16,3	2,57	6,11	4,56	5,22	3,44	5,89	
Diciembre	13,9	4,05	5,82	4,74	4,55	3,68	5,13	
	13,37	8,01	5,66	4,88	4,49	5,24	4,52	3,66
Costo del Recurso Humano	€191.000,00	€216.543,07	€233.884,56	€247.128,27	€259.194,01	€270.832,17	€285.032,81	€297.902,04
Inflación interanual promedio	1,13	1,08	1,06	1,05	1,04	1,05	1,05	1,04
	€318.333,33	€360.905,11	€389.807,60	€411.880,45	€431.973,35	€451.386,95	€475.054,68	€496.503,40
								Costo con carga social
								€635.524,35
								Costo actual proyectado al final de programa con cargas
								€560.917,00
								€74.607,35
								Diferencia

29)

Roles y Responsabilidades por nivel y competencias



1. Elevar propuestas de abordaje o modificaciones de las modalidades a Junta Directiva.
2. Autorizar las ejecuciones de las solicitudes del nivel local.
3. Se guarda el derecho de realizar seguimientos y evaluaciones, al nivel regional y local con las instancias que se definan en su momento.
4. Suspender proyectos en cualquier momento de la ejecución de los proyectos.

30)

Comportamiento nacional al mes de diciembre 2014

Red de Servicios	Listas de espera quirúrgica		Porcentaje de programación de pacientes antiguos	Tiempo de Utilización de Quirófanos (TUSH) mayores a 4 horas efectivas I turno ordinario
	Total de pacientes	Plazo de espera promedio		
Total Nacional	122.492 (105.039)	275 (278)	39%	73%
Red de Servicios de Salud Noroeste	51.294 (44.792)	298 (296)	42%	76%
Red de Servicios de Salud Sur	28.837 (25.441)	224 (300)	33%	74%
Red de Servicios de Salud Este	33.176 (24.889)	295 (256)	43%	77%
Red de Servicios de Salud de Centros Especializados	9.185 (8.927)	257 (262)	33%	30%

El doctor Navarro Correa retomando lo que señaló la Dra. Villalta, indica que se presentará la propuesta de las jornadas de producción quirúrgicas, en las especialidades como Ortopedia, Cirugía, Oftalmología, incluido, el tema de cateterismos. Además, la parte de Cardiovascular como un estándar de producción.

Respecto de una inquietud del Director Devandas Brenes, responde el Dr. Navarro Correa que el proyecto está concebido en dos ejes. Los lineamientos contenidos en el documento, están planteados para ser ejecutados en la jornada ordinaria, con el presupuesto actual y los hospitales que así lo ofertaron. De manera que si el proyecto es aprobado, el presupuesto se ejecutará conforme se está solicitando y esta modalidad de pago, se vincula a estos nuevos controles para poder ser ejecutados.

En cuanto a una inquietud del Dr. Devandas Benes, señala el Dr. Navarro Correa que el proyecto incluye el 70% de la lista de espera, correspondiente a cirugía ambulatoria y aplicaría un método especial para las tres especialidades.

El Dr. Devandas Brenes manifiesta su preocupación, si las otras especialidades continúan como están, si el cirujano de las otras especialidades estaría muy tentado a que las listas de espera aumenten, para que los pacientes se trasladen al otro sistema.

El Director Gutiérrez Jiménez concuerda con lo que señala don Mario Devandas, en términos de que la implementación de esos sistemas, eventualmente, podrían promover que las producciones ordinarias y la dinámica de los procesos, pueden modificar su natural comportamiento. Por esa razón, algunos Directores que han conocido un proyecto de esta naturaleza, no han observado que aprobar consulta vespertinas, ha sido una solución a la problemática de las listas de espera. En algún momento él también votó porque se implementaran, dado que si se lograba producir impacto en las listas de espera eran válidas, pero que sea una única solución del problema, le parece que es irracional. Ha insistido en varias oportunidades que la Junta Directiva, lo que tiene que hacer es analizar la capacidad instalada subejecutada que tiene la Institución. Por ejemplo, implementar los segundos o terceros turnos, incluso, ayer uno de los directores de un hospital lo indicó y le parece que con mucho conocimiento, si se tienen estructuras subejecutadas, porque las labores terminan a las 4 p.m. y de pronto, se tiene un servicio de día básicamente, no en el caso de las emergencias, sino en la actividad diaria. Entonces, se debería proyectar que a partir de las 4:00 p.m. se trabajen otros turnos, como ilustración, se activan las salas de operación, las cirugías se activan, incluso, los servicios, es decir, no solo servicios que forman parte del problema, sino los servicios como tal. A modo de ejemplo, muchas personas en las mañanas deben solucionar el tema de su bebé, o con el paciente pero podría solucionar el problema después de las cuatro de la tarde. Repite, la inversión de más presupuesto para resolver la problemática y que haya más producción, no es la solución porque el modelo se podría convertir en un sistema no deseado y, eventualmente, se podría producir impacto en un momento determinado. Ha indicado en otras ocasiones, que se pueden destacar grupos de trabajo que se han denominado SWATS; por ejemplo, hubo un problema en la zona sur con gastroscopias y un grupo de Gastroenterólogos, se desplazó a la zona y las realizaron y se logró producir impacto en la lista de espera, porque se atendió. Entonces, de alguna manera se logró compensar los pacientes que la necesitaban y los que iban ingresando a la lista. Por otro lado, se pueden establecer grupos SWATS de intervención, para que se produzca impacto en la prestación directa del servicio, en el corto y mediano plazo, dado que se va solucionando la problemática de los

pacientes en la lista de espera y al mismo tiempo, los que van ingresando a la lista de espera, se van atendiendo.

Sobre el particular, señala la doctora Sáenz Madrigal que esos aspectos, a los que se está haciendo referencia, son en el mediano plazo y este tema es del corto plazo y se ha analizado profundamente. Destaca dos aspectos, la doctora Villalta lo había mencionado, pero como ese día la sesión había sido muy extensa, no lo recuerdan. Este es un menú de opciones que tienen los hospitales para tener acceso a proyectos específicos, no significa que la Institución tiene un elevado presupuesto para el desarrollo de ese trabajo, sino que el director de un hospital con la capacidad que tiene, con la demanda, con las listas de espera, plantee un proyecto para atender las listas de espera en esas especialidades. Por ejemplo, se debe llamar cada paciente para verificar su estado de salud, sino está con gripe o ha tenido alguna otra eventualidad. Repite, este es un portafolio de proyectos a los que los Directores, pueden tener acceso y organicen su servicio, para que los servicios no sean brindados solo a un grupo. Como segundo punto, establecer criterios de producción en la jornada ordinaria, para que se tenga acceso a la jornada vespertina, es decir, primero se tienen que realizar las cinco cirugías de baja complejidad al día, para empezar a utilizar las listas de espera, ese aspecto es significativo porque lo que se aprendió la vez pasada, fue en términos de que los pacientes que se tenían que operar en jornada ordinaria, se operaban en la extraordinaria. Considera que es muy importante plantear esos aspectos. Enfatiza en que existen criterios de ingreso para el proyecto, que se necesita que las personas cumplan y, luego, se documentan. Por ejemplo, si en la jornada de este proyecto, al final se va a operar o se va a intervenir a una persona en la cirugía electiva, ese procedimiento no se pagaría, porque el proyecto no es para realizar esas operaciones. Cree que son aspectos muy importantes que deben quedar claros, porque ese tema de que las personas puedan estar tentadas, a plantear sus otras necesidades, obviamente, hay que escuchar; es decir, hay que analizarlas. Puede ser que se haya priorizado esas cuatro especialidades y que el hospital, en el momento de analizar la situación, indica que no se tiene, como ilustración, problemas en Oftalmología, sino que su problema severo es gastroenterología. El proyecto se le presenta a la doctora Villalta, es quirúrgico, se analiza; las personas no están obligadas, pero como direccionalidad política es atender el 70% de las listas de esperar, correspondientes a esas especialidades.

Aclara el Dr. Navarro que la distribución de listas de espera que hay en el país, al corte de diciembre del año 2014, corresponde a un 20% de cirugías y un 34% de Consulta Externa. Destaca que un 70% de esa lista, está concentrada en seis hospitales y se está haciendo una depuración, porque en una aplicación de la guía, se encontraron pacientes repetidos. El resto de procedimientos que son el 46%, correspondiente a 229.279 procesos, son ultrasonidos, lo más macro, sin embargo, la lista de espera, se va a centrar en la parte de cirugía.

En cuanto a una inquietud, indica la doctora Villalta Bonilla que se está depurando la lista de espera de Consulta Externa, porque se tienen pacientes repetidos, que están en varios lugares y se está trabajando en los hospitales. Por otro lado, hay procedimientos diagnósticos que algunos van a procedimientos quirúrgicos; en ese sentido, se empieza con la depuración de cirugía, para limpiar las que están, porque cuando esos procedimientos ingresan van a aumentar las necesidades quirúrgicas. En otro apartado, señala que los médicos trabajan en todos los servicios, en los hospitales nacionales y regionales hay más cirujanos, no se va a repetir el cirujano en una cirugía, por ejemplo, el cirujano que está en la sala de operaciones en el día no, necesariamente, va a estar en la noche, porque puede estar en consulta o en un procedimiento. A

los hospitales periféricos se les está introduciendo procedimientos quirúrgicos, para que participen colaborando en la realización de cirugías con otros hospitales, de modo que se disminuya las listas de espera. En los hospitales periféricos hay dos especialistas, uno tiene que estar destacado de guardia y el otro tiene que estar en el proyecto.

Al respecto, indica don Mario Devandas que desea estar seguro, de que un médico no va a trabajar 14 horas en cirugía, porque se podría comprometer la vida de los pacientes, dado que el médico podría tener un problema de agotamiento.

Aclara la Gerente Médico que se les va a pedir, que primero organicen las guardias médicas y la cobertura y, después, el proyecto.

Continúa el Dr. Navarro Correa y menciona que hay un problema de gestión en las listas de espera, cuando el Dr. Devandas Brenes insiste en el tema, en el sentido de que podría ser que otras especialidades generen más listas. Ciertamente, van a existir más listas de espera, y si disminuyen debe ser con el proyecto, porque para todas las especialidades en proyecto o sin proyecto, o los establecimientos que no se integran a este proyecto, tendrán que operar primero los pacientes más viejos, que suman alrededor de 59.000 pacientes de los 129.000 que existen, porque todos los pacientes que ingresen a la lista de espera, se van a priorizar, pero los pacientes antiguos, por respeto a que tienen algunos años esperando, deben ser atendidos de la manera más oportuna.

El Dr. Devandas Brenes pregunta si el equipo gestor en sus indicadores, tiene que incluir todas las especialidades.

El Dr. Navarro responde que el equipo gestor dentro de los controles, establecidos en el documento, no evalúa solamente el proyecto, en la noche evalúa por producción y porque los pacientes que se operen correspondan a la lista de espera, pero lo sustantivo del director que es la principal figura del equipo, es evaluar que se atienda el pacientes con mayor número de años en la lista de espera, de manera que se disminuyan los plazos en todos los hospitales. Es lo sustantivo y el Director Regional, supervisar todos sus hospitales regionales y el director de cada centro en la misma connotación. Por otra parte, se modificó el indicador de cantidad de pacientes a plazo de espera y aclara que es de resultados, para determinar el impacto que se produce en cualquier acción que se hiciera, puesto que cada vez que se medía por la Auditoría o por la Contraloría General de la República, se indicaba que siempre iba en incremento, pero nunca se sanaría el plazo promedio de espera. En la filmina N° 9) de este apartado, se muestra el comportamiento correspondiente al tiempo de espera promedio en cirugías y se tiene que en el año 2013, el tiempo promedio para una cirugía era de 569 días y el tiempo se ha ido disminuyendo hasta alcanzar 265 días promedio en todo el país, ese ha sido el comportamiento hasta el mes de febrero del año 2015. Sin embargo, al analizar la información, se determina que la cantidad de pacientes está saturada, paralelamente, hay un indicador que muestra si, realmente, hay una saturación de la capacidad en infraestructura y de recurso humano, que es el que continúa indicando en el tiempo de utilización de las salas de operaciones, el cual institucionalmente está en un 73%. Enfatiza en que el tiempo de espera promedio en cirugías ha disminuido, por los lineamientos establecidos por la Gerencia Médica en los establecimientos de salud.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su insatisfacción, porque cuando analiza esos programas y tiene nueve años de estar en esta Junta Directiva, se determina que producen impacto en un momento, se destina presupuesto para abordarlos y los problemas continúan. En ese sentido, tiene la experiencia de la implementación de otros proyectos, de los cuales no se han tenido resultados positivos y es la misma persona la que los presenta. La doctora Villalta ha presentado tres o cuatro proyectos diferentes, incluso, ha modificado lo que se ha presentado anteriormente en momentos determinados. No quiere descalificar este proyecto porque considera que tiene una connotación de mayor profundidad que algunos otros; sin embargo, impregna un elemento adicional, el control y el desempeño del proyecto, así como su valoración de corto plazo, no es negociable e involucra a la Auditoría. Quiere que se presenten reportes de cómo se desarrolla el proyecto en el corto plazo y los informes sean presentados, tanto por la Auditoría como por la administración; además, que la administración presente el avance y si no se avanza, se especifique la razón y el área que no lo permitió; porque de lo contrario, “es un canto a la bandera” y el proceso es impostergable. Enfatiza en que el informe debe contener el impacto que se produce en las listas de espera. Considera que para el lector de esta acta, siempre van a existir listas de espera, pero le preocupa que haya personas con ciertas patologías y permanezcan en ellas por más de cuatro años. Acompañará la idea, pero cree que no es la solución y que quien lo crea, no es la solución de toda la problemática de la Caja y de las listas de espera, está equivocado porque existe un tema de gestión, otro de listas de espera de corto, mediano y largo plazo, hay mayor oferta y mayores centros, existe mayor cantidad de población y hay recursos limitados, así como limitaciones, intereses que no se puede probar, pero que se asume que existen, además de la resistencia al cambio. Le solicita al Auditor que tome nota, también a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia Médica y está seguro que es el ánimo de algunos otros Directores, del control que se debe seguir, de que se presente un informe mensual, a la Junta Directiva, directamente, presentando los avances y las causas del por qué se avanza o no, con los responsables y con señalamientos específicos, que les permita conocer las propuestas de las acciones que se deben de tomar, para hacer los correctivos. En ese sentido, don Mario, don Rolando y doña Mayra pueden presentar algunas sugerencias, también don Oscar Fallas que tiene tanta experiencia, pero no les corresponde como Miembros de la Junta Directiva, plantear las acciones y las propuestas. No solo que vengan las valoraciones, sino los correctivos de una vez con propuestas concretas, de cómo se debe corregir aquellos aspectos que no vayan a funcionar.

Continúa el Dr. Navarro Correa y se refiere al comportamiento de la atención y evolución de las listas. En resumen, se tiene un ingreso mensual de 10.800 pacientes con un egreso de 10.072 pacientes, pero en métodos prácticos, la gestión ordinaria está atendiendo en primera instancia, aquellos pacientes que ingresan el mismo año o el último año. Se está presentando una valoración del año 2014 solamente, de los 234.766 registros que estaban ingresados entre el año 2003 y el 2014, de los cuales 130.439 correspondían al año 2014. De los 104.328 registros de los años 2003 al 2013, se egresaron 48.847 pacientes y del año 2014 se egresaron 65.053 pacientes. Se está haciendo referencia, en términos de que no es que no hay capacidad para reducir el plazo de las cirugías, sino que no hay capacidad para dejar la lista de espera en cero, y esa situación en ningún sistema se va a lograr, pero sí reducir el plazo. Con la cantidad de pacientes que quedaron pendientes, se iban a tener los 130.000 personas, con un plazo a un año, esa era la diferencia que existe entre toda la gestión. Los Directores no están atendiendo el objetivo o la visión de qué es lo que quiere la Institución, continúan trabajando bajo una producción, hacen cinco cirugías, por ejemplo, pueden hacer una cirugía e indicar que hacen solo una cirugía, dado que fue en Neurocirugía. La realidad es que el 73% del horario

contratado es entre las 7:00 a.m. y 4:00 p.m., pero hay recursos de enfermería que ingresa a laborar de 6:00 a.m. a 2:00 p.m. y, después de las 2:00 p.m. se disminuye la cantidad de sala de operaciones, porque ingresan equipo de trabajo solo para atender emergencias. Entre las 7:00 a.m. y 13:00 de la tarde, hay cinco horas y siete horas y a las dos de la tarde, todavía quedan más horas. El detalle es la alimentación de los funcionarios. El año pasado se logró que en un primer turno se habilitaran veintiocho mil salas de operaciones, en 21.000 salas se produjo la mayor utilización, con un número superior a cuatro horas y un número inferior de utilización fueron en siete mil salas. Si se hace el ejercicio a cinco horas, el resultado será de veintiocho mil cirugías, más la de diez mil, se está haciendo referencia de treinta y ocho mil cirugías más a cinco horas.

El Director Devandas Brenes indica que para reforzar el tema, ha estado revisando los datos, por ejemplo, el Hospital San Rafael de Alajuela, el plazo de espera promedio es de 649 días, uno de los más elevados, con un uso de salas del 81%, es decir, la quinta parte del tiempo desaprovechado. En el Hospital San Juan de Dios, el plazo de espera son 584 días, con una lista acumulada de 13.000 pacientes, con un uso del 78% de las salas de operaciones. El Hospital Calderón Guardia, el plazo de espera es de 607 días, con 5.700 pacientes y un 79% de uso de las salas de operaciones, es decir, una quinta parte del tiempo desaprovechado. El Hospital Dr. Tony Facio, tiene en lista de espera 7.300 pacientes, con una espera de 343 días, para un promedio de utilización de las salas de un 74%, destaca que es un Hospital intervenido. Según entiende, del análisis realizado que el problema es de gestión, no es que le falta el personal, el equipo, tienen todos esos elementos, de lo contrario el análisis no se sustentaría, los quirófanos solo se utilizan un 74%. Lo mismo sucede con el Hospital Nacional de Niños, habría que determinar si la información está actualizada, porque se indica que tiene en lista de espera 7.077 pacientes, con un promedio de espera de 721 días, se está haciendo referencia a dos años y medio y se están utilizando los quirófanos en un 75%. Lo que se está indicando es que el Hospital tiene todos los elementos para que se realice una mejor gestión, pero se están subutilizando los quirófanos, por ejemplo, en el análisis de la información se indica que no tienen un Anestesiólogo, ni el Cirujano y no tienen el equipo, o porque la sala de operaciones está en mal estado, en ese sentido, el análisis no se fundamentaría. Pero tienen todo lo necesario para realizar una buena gestión. Apoya el Proyecto, pero le llama la atención de qué explicaciones, deben dar a la Junta Directiva los directores de estos hospitales porque, eventualmente, se podrían convocar a una sesión del Órgano Colegiado, para que se les pregunte por qué razón, están utilizando los quirófanos solo un 75% del tiempo. Incluso, ahora les crearon un incentivo muy llamativo, porque estuvo analizando y le pareció que era muy particular, de manera que trabajen en el proyecto porque es sustancial. Lo proyectó por mes y ahora se indica que el incentivo está asociado a que la situación se modifique. Pero se debería indicar que se modifique y cuando suceda y se demuestre se les entrega el incentivo, pero que haya una reacción enérgica de parte de la Junta Directiva.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y señala que por ese motivo, se plantea esa realidad y la subutilización de la capacidad instalada; entonces, cuando el hospital aplica por este proyecto, tiene que demostrar que mejoró el uso de la capacidad instalada en la jornada ordinaria.

El Director Gutiérrez Jiménez menciona que habría que determinar, cuáles son los pacientes que van a tomar en cuenta para optar por el proyecto.

El Dr. Navarro, respecto de una inquietud de don Mario Devandas, aclara que en la información hay un cuadro, en el que se indica un porcentaje de la programación de cirugías de los pacientes más antiguos. Por otra parte, un indicador que se estableció para disminuir el plazo de las cirugías, son los de tiempo de utilización de los quirófanos entre un 90% a 95% superior. Una programación y atención de pacientes del 80% de pacientes más antiguos, que no se va a cumplir en aquellos hospitales que tienen pacientes del año 2014 ó 2015, que son los hospitales periféricos muy pequeños. El “agendamiento” de pacientes, el tiempo de utilización y la disminución del plazo promedio de espera. Hay dos opciones: primero, lo tiene que tener para poder ingresar al proyecto, porque ningún hospital periférico tiene parámetro para poder ingresar, don Mario puedo haber revisado, no se tiene como disminuir el plazo de espera para las cirugías. Segundo, se le permite el ingreso con una condicionante de evaluación a un mes, de cumplir el primer mes.

Señala la doctora Villalta que en ese sentido, se tiene la línea base de todos los hospitales. Se conoce cómo está cada hospital y está documentado cuál es su situación. No se hace una programación centralizada de cirugías, porque algunas no se empiezan a la hora establecida y se debe contemplar si el tiempo de alimentación se extiende una hora. Algunas veces se devuelven los pacientes porque no se presentan a la cirugía con exámenes completos. En ese sentido, se envió una directriz para que se analice cómo se procederá; sin embargo, si se inicia el proyecto, para que los pacientes no esperen, se empezaría y, por ejemplo, se tiene cómo está el Hospital San Juan de Dios o el de Alajuela. Con esa línea base en el primer mes, porque está estipulado que va a haber una evaluación, en donde se evaluará el tiempo de utilización, en el día que atiendan pacientes de las listas, que no ingresen pacientes del mismo día.

Respecto de una inquietud, señala la doctora Villalta Bonilla que la disminución del tiempo de espera, lo debe hacer cada hospital, porque ya tienen un plazo establecido. Lo que se está tratando es de conocer cuál es la medida, para qué, por ejemplo, a un director de un hospital, se le indique que tiene que disminuir el tiempo, en cuánto, por ejemplo, en un 10%, en un 20% o en 30%.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que lo que se está indicando es que si se tiene mil pacientes con diferentes años, una de las premisas es la disminución de esa lista de espera en tiempo; como ilustración, si se tienen tres pacientes que van a esperar tres años, si se tardan dos años en la lista, al hospital se le asignará presupuesto, para que produzca impacto en el resto de los pacientes. La pregunta es cuál es el índice, cuál es el parámetro para entender que ese director o directora, hicieron la tarea para optar por ese presupuesto.

Señala la doctora Sáenz Madrigal que lo que está planteando don Adolfo Gutiérrez es muy interesante y no se estaba pensado. Se indicó que esos pacientes son los que hace falta atender de la lista de espera. Si se hace este proyecto se van a reducir en general en tanto tiempo, pero se analizó como un proyecto nacional macro. Le parece que ese aspecto se tiene que traducir en un porcentaje como lo indica don Adolfo Gutiérrez, para poder exigir, porque de lo contrario, puede ser que el Hospital Calderón Guardia, está haciendo un gran trabajo, el otro hospital no y se le está concediendo recursos financieros iguales, a unos que a otros.

El Director Fallas Camacho manifiesta su preocupación, porque se hizo referencia de que 122.000 cirugías están en lista de espera.

Aclara el doctor Navarro que son registros de pacientes para cirugía.

El Dr. Fallas Camacho pregunta cuánto tiempo se calculó como promedio que se tardará en cada cirugía.

Responde el Dr. Navarro que no ha calculado el tiempo de cada cirugía, porque se está utilizando otro indicador que es de utilización de quirófanos.

Señala el Dr. Fallas Camacho que, para los efectos, necesita conocer cómo se van a afectar las filas, porque son 122.000 cirugías, por ejemplo, si se le establece a un paciente una hora y media en la cirugía.

Sobre el particular, señala el Dr. Navarro que las 122.000 cirugías están divididas en un 50% en cirugía electiva y el otro 50% en ambulatoria. Por ejemplo, en una cirugía electiva compleja, el procedimiento puede tardar entre cuatro horas u ocho horas. Por otro lado, señala que parte de la situación que se está teniendo, es el sentido de que se están atendiendo solamente con el proyecto, una porción de pacientes que corresponden a cirugías de menor complejidad, para poder maximizar las salas de cirugía en la mañana, con cirugía de mayor complejidad. La otra situación, es que no se atiende el 100% de la población, sino un porcentaje porque siempre se pretende tener 122.000 pacientes en espera de una cirugía, a un promedio de un año. En esos términos, el objetivo del proyecto, es la reducción del plazo promedio de espera en cirugía mayor, ambulatoria y electiva, en las dos vías en jornada ordinaria, en jornada de cirugía vespertina o de jornada de producción quirúrgica bajo los siguientes ítems: que el 80% de la población siempre esté programada, para que en cada uno de los hospitales el 95% de los quirófanos, se utilicen y se logre disminuir el plazo promedio de espera. En las especialidades de Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología, Cardiovascular que están paralelas en otro subproyecto, así como el desarrollo de la capacidad de especialistas, en área quirúrgica de implementación de formularios de priorización, porque ayudará a que cada vez que ingresa un paciente en la lista de espera, se va a eliminar el plazo del paciente y poder proyectarlo en un momento dado. Por ejemplo, se tiene que el paciente es atendido en el momento en que se le asigna la cita, o en el plazo o período donde se le asigna. Ese paciente aunque esté en lista de espera no cuenta, dado que ya tiene una cita asignada, por lo que el plazo debe ir disminuyendo paulatinamente. Las especialidades que se designaron con el 60%, en lo que corresponde a cirugía ambulatoria, está remarcada en su porcentaje y sus diagnósticos, como ilustración, en el cuadro que se relaciona con cataratas en oftalmología, hernias y vesículas en Cirugía General y en Ortopedia, se tiene una gran cantidad de artroscopías que suman alrededor de 5.000 pacientes. Otras artroscopías, reemplazo de rodilla y cadera, juanetes y retiro de material. No se incluye el síndrome del túnel carpal, porque es atendido por dos especialidades que podría crear algún tipo de disminución en la ejecución del proyecto. Si se analizan los riesgos son internos y externos, no es falso que los ausentismos de pacientes, se ha dado y que se ha modificado el proyecto en la etapa de mejorar y optimizar el tipo de proyecto, porque como el paciente no llegaba, no se tenía que cobrar, o sea, se programó pero el paciente no llegó. En estos momentos, el programa si no se atiende con un criterio que se denomina “jornada efectivamente realizada”, el cual tiene una metodología para contabilizar qué, efectivamente, realizada, entonces, se castiga al equipo con un porcentaje, por no atender la cantidad de pacientes que se espera, por cuanto por lo general, la cantidad de arsenal quirúrgico, no es suficiente para atender una sola patología, y tienen que

mezclar patologías, de manera que ese aspecto asegura a la administración que siempre existirá una ganancia. Si se quisiera programar un paciente extra por el aspecto del ausentismo, también hay un porcentaje de pago extra, que no va a superar el pago por cada una de las cirugías realizadas. Los recursos de amparo, la aceptación del horario, por ejemplo, algunos pacientes quieren operarse en algún momento, en algún horario en particular o en algunos meses como julio y diciembre. La saturación de servicios de emergencia son factores externos e internos, infraestructura, insumos, los cuales están siendo negociados con la Gerencia de Logística, para que de aprobarse el proyecto, estén y no haya ningún problema de desabastecimiento, ni en la jornada ordinaria, ni en la extraordinaria, porque esa situación ya estado sucediendo. La gestión interna y como en otros oficios la efectúa directamente el Director Médico, y las evaluaciones son de respuesta y de confort de cada uno de los participantes. El incumplimiento de condiciones del proyecto, si el nivel local por sugerencia de la Auditoría, se solicitó a ellos y está en el documento, revisiones bisemanales, a nivel regional y central y mensuales por cada establecimiento y un ejecutivo de todo el país. Suspensiones de cirugías por anestesia y por recursos de amparo. Es otra situación, si el paciente se suspende no se cuenta como, efectivamente, realizado. No cuenta la programación para ser pagado, sino la realización efectiva para ser cancelado en el proyecto, vaya a sustentar o a sostener pacientes urgentes, emergentemente diferidos, recursos de amparo o que no sean de la lista de espera. Cuando esas situaciones se producen, el documento indica que hay que iniciar una investigación preliminar, para identificar la veracidad de los hechos y es el director, el que tiene que hacerle frente a anomalías de esa naturaleza. Tampoco se le cancela todo el equipo. Lo que promueve ese tipo de modalidad es que todos los involucrados están alertas, observando que si el paciente es de la lista de espera o no. Situaciones que no se han comentado a nivel de la Junta Directiva, pero años atrás se ha indicado, es que este tipo de modalidad atrae a los recursos humanos, que están trabajando fracciones de jornadas en dos lugares, porque si está en medio de jornada o reducción de jornada, ganan la mitad, entonces, no es atractivo. Tratan de atraer ese recurso a la Institución para que sea efectivo en ese momento. Donde lo coloque el director, también va a ser estratégico en un primer o segundo turno. También describe el proyecto que si existe recurso humano, en un segundo turno, el proyecto se puede realizar, sin embargo, no se le cancela, solo a los que están externo, eso abarataría los costos del proyecto y como lo han reiterado, el proyecto se ejecuta en las dos jornadas, en la ordinaria y en la extraordinaria y el que no ejecuta la extraordinaria o la jornada de producción, igual se le evalúa con los mismos requisitos, porque hay una inversión presupuestaria, en presupuesto y la cirugía electiva, se esperaría sea realizada en la jornada ordinaria electiva, cirugía mayor, medio, alta complejidad y la jornada de producción en las especialidades, definidas y en los diagnósticos definidos. Esa es otra situación que no se cancelan diagnósticos no definidos aquí, porque se ha aprendido en el tiempo de que se indica un diagnóstico y hacen otro y cobran por otro, no se paga, no se cancela, quien tiene el control. Reitera, el que cancela los pagos es el señor director y su equipo que revisa, sigue siendo el director el responsable de las cirugías, aunque no se exonera el Nivel Central de hacer monitoreo. Hay instrucciones de la señora Gerente Médico de hacer monitoreo, igual como están con todos los mensuales, para indicar hacer a Nivel Central y al Nivel Regional. En cuanto a los indicadores son los mismos, en el tiempo de utilización de la jornada ordinaria, es un indicador para medir la disminución del plazo de espera y la cantidad de pacientes que se debe disminuir. Es la primera vez que se les indica a los establecimientos que ofrezcan, cuánto pueden realizar sin tener una limitación de presentación o una operación de la prestación de los servicios, significa las guardias, los hospitales tienen muy poco recurso, porque tienen un especialista, no ofertaron. Sin embargo, tardaron en dar la información, porque tenían que organizar el resto del

período con la guardia, vacaciones y contemplar todos los aspectos que involucraba y, luego, poder indicar cuánto podían hacer. En resumen, la sumatoria de todos los pacientes es de 31.000 en estos diagnósticos quirúrgicos y la meta fue de 25.000 pacientes. Si se fuese a aprobar entre los meses de mayo y diciembre de este año, se incluirían todos los pacientes que del año 2009 al 2013. En el mes de enero solo se deberían tener pacientes del año 2014 y los que ingresan en el año 2015.

Respecto de una consulta del Dr. Fallas Camacho tendiente a conocer cómo se procederá para atender los 25.000 pacientes, señala la Dra. Villalta Bonilla que ya se ha hecho, hubo tiempo en que se hizo solamente con los hospitales nacionales, otro con los hospitales nacionales y regionales. Ahora, la idea es la atención en red, entonces, se le solicitó a todos los hospitales la participación y la capacidad que tenía, porque si un hospital tiene dos Cirujanos y un Anestesiólogo, dos Ortopedistas pueden participar, porque las patologías que se van a atender son hernias y vesículas, se les hizo la consulta a todos los hospitales del país y veintitrés contestaron que podían participar. Por ejemplo, los hospitales pequeños establecieron metas pequeñas, los hospitales más grandes, se está analizando que van a realizar el 50% de las cirugías de esa naturaleza. Por cualquier riesgo se está contabilizando que se van a lograr hacer 10.000 cirugías, eventualmente, se podrían solucionar la patología de 25.000 pacientes.

Agrega el Dr. Navarro que los Directores Regionales de aquellos hospitales que tienen alrededor de 53 y 75 pacientes, tendrían que realizar las cirugías de esos pacientes en el primer turno, porque no podría hacer las cinco cirugías y tener un plus de 53%, no es lógico, pero ese es el vínculo que hay con el proyecto.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y señala que aquellos hospitales que no están cumpliendo con el indicador de priorización, tendrán que mejorar la utilización del tiempo ordinario y se incluiría la cirugía vespertina, porque si se están utilizando las salas el 53%, tienen que utilizar al 95% y, además, es doble la ganancia en cuanto a las cirugías que se van a realizar.

Respecto de una inquietud del Dr. Devandas Brenes, aclara la doctora Villalta Bonilla que para tranquilidad de los señores Miembros de la Junta Directiva, la propuesta es de producción y se realizará una evaluación en tres meses y se tendría que presentar los resultados de cumplimiento al Órgano Colegiado, además, informar si continúan todos los hospitales en el proyecto. Por ejemplo, en el caso del Hospital de Cartago, indicó que podían realizar 2.000 cirugías. El Hospital de Turrialba indicó que podía hacer 50 cirugías, es decir, cada hospital indicó cuántas cirugías podían realizar y se realizará la evaluación para determinar si existe cumplimiento.

En cuanto a una consulta de la doctora Sáenz Madrigal, responde la doctora Villalta que la evaluación es mensual, pero la idea es que en tres meses y habiendo corregido los errores, poder tomar una decisión, en el sentido de si se continúa o no con el proyecto.

Por su parte, el Director Alvarado Rivera manifiesta estar de acuerdo con el planeamiento. Le parece que se debe hacer un esfuerzo y al proyectar cifras y sin conocer tiempos de sala, ni de procedimientos, estima que se podrían realizar 6 cirugías diarias y no pareciera que sean suficientes para lograr disminuir las listas de espera. Le preocupa que si un hospital se compromete, la Junta Directiva debería tener la certeza de que, efectivamente, se tiene la capacidad resolutoria para hacerlo, porque de lo contrario no tendría éxito la propuesta, hacer un

plan con una oferta de servicios, que está elaborando los mismos hospitales, para que a mitad de camino alguno indique que se retira. Considera que se debe tener seriedad, porque se está planteando un programa para resolver un problema fundamental, que son las listas de espera y tiene que existir un compromiso institucional, de manera que se continúe en el proceso, porque se está creando una falsa expectativa, se está realizando una inversión de recursos muy importante, para el proyecto tenga éxito y la idea es que se logren corregir las situaciones a medio camino o redireccionarlo, pero no puede ser que el proyecto a mitad de camino se suspenda o que al final, se indique que la expectativa eran 25.000 pacientes y se lograron intervenir 10.000, de manera que el costo fue muy elevado y no se logró disminuir las listas de espera.

En cuanto a una inquietud del licenciado Alvarado Rivera, indica la doctora María Eugenia Villalta que lo que se está proponiendo, es la firma de un acuerdo entre las partes, en el cual los hospitales se comprometen con la meta y cuánto se va a realizar en tres meses. Reitera, se firmará un convenio con cada Director que va a participar.

Continúa don Renata Alvarado y manifiesta su preocupación, porque hay que llenar una expectativa, desarrollar todo un proyecto y que al final el 50% de los hospitales se retiren; a lo externo de la Caja se genera una expectativa que, eventualmente, se va a resolver la lista de espera y al final se atienden los mismos pacientes.

El Director Fallas Camacho apunta tener confianza en la propuesta, porque se tiene que actuar y comparte la posición de los señores Miembros de la Junta Directiva, no se pueden quedar de brazos cruzados, está de acuerdo con todos los señores Directores. Inclusive, sería partidario de que cada hospital trabaje su programa, específicamente, y después que la doctora Villalta lo presente al Órgano Colegiado, con los detalles básicos para tener la certeza de que va a funcionar, porque el hospital más pequeño, debe tener la responsabilidad de trabajar seis horas, porque va a realizar solo tres operaciones y tiene que tener dos equipos de anesestesiólogos. Le parece que cada hospital haga su propuesta con compromiso, no conoce qué va a suceder con el que no cumple, ni el papel que desempeñará la Auditoría. Por otra parte, tiene duda en términos de que se logre realizar cinco cirugías, o seis por día, si se tiene solo un quirófano para ello. Estima que tienen que tener dos o tres salas de cirugía, según el tamaño del hospital y ese aspecto significa dos o tres equipos. Además, tienen que conocer el costo y, repite, tiene dudas sobre esos cálculos.

Sobre el particular, la doctora Villalta indica que la propuesta, es un portafolio concursable y el hospital va a comprometerse y concursar.

El doctor Fallas Camacho solicita que se deben marcar los elementos, por los cuales se van a hacer los concursos y que cada hospital que concursa se presente a consideración de la Junta Directiva. Considera que es responsabilidad de la administración, si se logran los objetivos o no y se pagará con lo que corresponde, porque el Órgano Colegiado no puede atender esos aspectos.

Al respecto, la señora Presidenta Ejecutiva señala que con todo respeto le solicitaría a la Gerencia Médica, que presente a consideración de la Junta Directiva los proyectos que se han aprobado. Le parece que es mejor que los proyectos sean analizados por la Gerencia Médica y una vez que están listos, los presentará ante el Órgano Colegiado.

Respecto de una inquietud de la Dra. Sáenz Madrigal, señala la doctora Villalta que los hospitales cumplen y así lo hicieron el año pasado, lo que sucede es que este es un proyecto más grande. El año pasado se hizo el proyecto para la atención de cataratas y eran 800 y se cumplió. Por otro lado, se implementó un proyecto para la atención de 5.000 cirugías de hernias y vesículas y se cumplió con ese número. Los parámetros que se dieron a los cirujanos, es en el sentido de que se intervenga con 5 hernias, 4 vesículas y 5 artroscopias. Esa referencia se hizo con los Cirujanos Generales, Ortopedistas y así fue como se definió el número de cirugías por vespertina. El plazo del proyecto sería hasta el mes de noviembre de este año y lo que se estaría reduciendo es el plazo, porque se tienen pacientes con plazos largos. La idea es tener la capacidad de llegar a un año y medio plazo de espera.

Respecto del modelo de pago, el Dr. Navarro Correa procede a explicarlo y señala que son tres tipos de pagos y hay un tercero incluido, que se había analizado en este proyecto y corresponde a los cateterismos, concretamente coronariografía. Las cirugías que se relacionan con Ortopedia y Cirugía General, el pago es el 14 a 25 del salario de 28 días, cubre el personal de Sala de Operaciones, médico, enfermería y recuperación, exclusivamente, no cubre otro tipo de recurso humano, ni administrativo, ni apoyo de laboratorio, ni admisión. La jornada quirúrgica de producción por paciente dado de alta, es un modelo de pago que se autorizó el año pasado y que se ejecutó con éxito, donde el modelo es completamente diferente. En Oftalmología los pacientes van a ser atendidos en cuatro consultas, una previa y tres post por cataratas solamente, el pago para el Oftalmólogo Cirujano es de ciento cincuenta mil colones por acto realizado, una vez que cumpla las cuatro consultas y el pago al Anestesiólogo es por cada dos cirugías que se vigilen con la valoración previa de Anestesiólogo. Pago del personal de apoyo en este modelo, es bajo la modalidad de tiempo extraordinario solamente, así como el pago del personal de Redes, Enfermería y resto del personal. La jornada de atención para coronariografías denominadas también cateterismos, es de ciento ochenta mil colones por cateterismo realizado. Aclara que aquí hay cateterismo diagnóstico y tratamiento, si el diagnóstico requiere un tratamiento se hacen los dos procedimientos por el mismo pago.

Ante una consulta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer cuál es el salario por hora de un cirujano en este momento en la Caja, responde el Dr. Navarro que, por ejemplo, un cirujano con 30 años de servicio, el salario es de alrededor de tres millones trescientos mil colones.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que el salario por hora de un cirujano, no se basa solamente en las cirugías, porque también dan consulta.

Continúa el Dr. Navarro y señala que el escenario que se plantea para la atención, es en el sentido de que si el proyecto trabajara un 60% de jornada ordinaria, se van a atender 48.000 pacientes de los 80.000 que se deberían atender. Si la jornada de producción no es inferior a 50.000 personas, al final se podrían estar atendiendo todos los pacientes. La estimación presupuestaria contiene las cargas sociales en el documento, el costo de cada cirugía se estima en doscientos treinta mil colones y el de cada cirugía de alrededor de quinientos sesenta mil colones y el costo de los cateterismos, sería de doscientos treinta mil colones, para un total de diez mil millones de colones. La evaluación del costo cuando inició la propuesta era de ciento noventa y un mil colones sin cargas sociales y a solicitud de la Junta Directiva, se incluyeron y la diferencia por cirugía es de setenta y cuatro mil colones menos. Comenta que el costo de una cirugía en comparación con el año 2008, proyectada al valor presente son de seiscientos treinta y cinco mil

colones y, actualmente, el costo es de quinientos sesenta mil colones en promedio, comparado como se inició en el año 2008, el costo es inferior en setenta y cuatro mil colones que en el año 2008.

Señala el Dr. Devandas Brenes que como esta modalidad, se había implementado anteriormente, le gustaría conocer ese informe.

Respecto de una inquietud, la doctora Sáenz Madrigal aclara que estas medidas no son para eliminar las listas de espera, es para disminuir el plazo de espera que las personas están teniendo, porque no se puede indicar que se van a eliminar las listas de espera en ocho meses. Sino que se espera que disminuyan cuando se tengan implementados los planes de corto, mediano y de largo plazo. Como se indicó, anteriormente, esta es la medida de corto plazo. Insiste porque en las medidas de mediano plazo se incluye los temas correspondientes al sistema de información, el seguimiento, la optimización de los recursos, el equipamiento que hacía falta en algunas de las salas de operación, para ir completando el equipo, así como la formación del recurso humano. Enfatiza en que no se quiere que el proyecto se determine en una forma aislada, ni que se forme una imagen, en términos de que con esta propuesta se va a resolver el problema de listas de espera. Reitera, este es un esfuerzo para mejorar la calidad y la oportunidad en la atención de los pacientes y es un aspecto sumamente importante. Si se han aprobado modalidades similares a esta en el pasado, ésta lo que hace es colocar con el aprendizaje de lo que se ha hecho y se le debe dar seguimiento, es a diario que las personas tienen que estar determinando, cómo se está avanzando en las cirugías, porque en el fondo lo que lleva, es que se está estableciendo una cultura de eficiencia en esa lógica a la que hizo referencia hace un momento.

El Director Gutiérrez Jiménez se disculpa y se retira del salón de sesiones.

Interviene el Auditor y señala que la administración tiene que gestionar en algún aspecto específico, porque el problema de las listas de espera es muy serio. Por ejemplo, la problemática que se produjo con el tema de cardiología y, repite, le preocupa el tema de las listas de espera, porque, eventualmente, con el proyecto se produce impacto en un 20%.

Aclara la doctora Villalta que no se ha definido el impacto que se produce con el proyecto, porque siempre van a ingresar pacientes en las lista de espera.

Continúa el Lic. Hernández Castañeda y anota que significa que si se produce un impacto en un 20% en las listas de espera, el costo es de diez mil millones de colones, de manera que el costo total será de cincuenta mil millones de colones, es una inversión muy elevada para resolver el problema. Le parece que si se procede a atender la problemática se cuestiona el proceso y sino también es cuestionado. Comenta que esta situación se ha tenido en años y en épocas anteriores y se han implementado programas de esta naturaleza. Le parece que el acuerdo de la Junta Directiva debería ir acompañado, para evitar problemas a futuro de cuestionamientos sobre esa decisión, de un acuerdo de la Junta Directiva, donde se revise a futuro el modelo que tiene la Caja, en la prestación de los servicios médicos hospitalarios, para resolver el problema de las listas de espera en el mediano plazo, porque en el corto plazo, es prácticamente imposible resolverlo. Cree que como lo indicó don Rolando Barrantes al inicio y, después, don José Luis Loría hizo referencia de que el tema no se debería agotar hoy, pero le parece que el acuerdo podría contemplar algunos otros aspectos que han sido señalados. Por ejemplo, tomaría el

problema por especialidad médica y hacer un plan integral de cómo se debe resolver, el tema de cardiología, cuál es la situación que tiene la Caja en la lista de espera de esa Especialidad, cómo están en hospitales nacionales, en regiones y cuáles son las acciones administrativas que se deberían de tomar hoy, para encontrar la solución en el mediano plazo. Esos aspectos a los que se han hecho referencia de temas que se deberían considerar, posteriormente. En Ortopedia, hacer un análisis a nivel de toda la Caja, en el fondo se encontrará un problema de capacidad instalada, que tiene la institución en los diferentes niveles, hospitales nacionales, regionales y periféricos. Ese aspecto los conduce al tema del recurso humano, la formación de especialidades médicas, cuántos ortopedistas se tienen que formar, a uno, dos, tres, cuatro, cinco años plazo, para atender este problema. Cuál es el otro recurso humano de apoyo de cada una de estas especialidades médicas que hay que formar, habrá técnicos que hay que formar o un recurso humano administrativo o de enfermería que tienen que apoyar, es hacer un análisis integral. Cuál es el problema de infraestructura que se tiene, por ejemplo, cual es la situación de infraestructura en el Hospital Enrique Baltodano, en Nicoya, además, del tema de Cardiología, hay infraestructura en espacio físico o no la hay y se requiere. Para definir que se requiere, necesariamente, se tiene que hacer referencia del nivel de resolución de estos hospitales, qué le van a dejar en nivel de resolución al Hospital Enrique Baltodano o el Hospital de Nicoya, esos aspectos los conducirá a la definición de la infraestructura hospitalaria y a elaborar un plan de infraestructura, más espacio físico, remodelación de los espacios físicos, equipamiento, el nivel de resolución conducirá a definir cuál es el equipo que se requiere en estos hospitales, así como cuál es la necesidad de inversión y cuál es ese plan de inversión a futuro. Igual en implementos médicos y en el tema de medicamentos, que se ha hecho referencia en la Junta Directiva y con la Dirección de Farmacoterapia. Estima que se debe hacer análisis desde el punto de vista del modelo de atención en salud, para definir el nivel de resolución y mientras esos aspectos se determinen, no se logrará tomar decisiones en relación con la capacidad física e instalada que se requiere en los diferentes hospitales. Cree que el acuerdo debería ir acompañado en con otro adicional por parte de la Junta Directiva, para evitar los problemas futuros, porque es un gasto elevado, son diez mil millones de colones. Ahora, don Mario Devandas preguntaba cuántas veces se ha analizado el tema en la Junta Directiva y él le indicaría que cualquier cantidad de veces. En la Junta Directiva anterior, don José Manuel Salas se involucró muy de lleno en este tema. Don José Manuel Salas es un Ingeniero Industrial, tiene mucha experiencia en temas de esa naturaleza; además, es profesor universitario en este campo. Le sugiere a la doctora Sáenz que se requiere asesoría externa, porque es un problema de gestión institucional de la Caja y existen desde hace años sin resolver. Considera que se requiere apoyo externo, los cifras lo reflejan, así las necesidades que tienen las personas y tienen un problema muy serio, como para no buscar una asesoría externa y que no sea de un elevado costo. El Ing. Salas Carrillo que estuvo involucrado en el tema, podría colaborar o buscar una asesoría externa para que colabore en la elaboración de un plan, pero una propuesta muy concreta y definir cómo se logra resolver el problema de las listas de espera, en las diferentes especialidades médicas que tiene la Institución. Repite, estima que el acuerdo de la Junta Directiva debe ser acompañado por un acuerdo similar, aclara que es una sugerencia que hace, porque después vienen los contras, son diez mil millones de colones y los cuestionamientos que, posiblemente, se darán sobre el proyecto.

La señora Presidenta Ejecutiva comenta que estuvo meditando mucho sobre este tema, porque es de gran preocupación. Se tiene una necesidad muy urgente de resolver este asunto de las listas de espera, la calidad y la oportunidad, y como todos conocen, este es un tema que lleva veinte años y no ha sido fácil abordarlo, es decir, es un tema complejo, en el que se han hecho esfuerzos

en el pasado como Institución y como país, se ha tratado de resolver como el inmediato, pero aquí el asunto no se puede analizar aislado de un plan de mediano y de largo plazo, esta es una fase de contingencia. No quiere estar de nuevo el próximo año aprobando más proyectos de esa naturaleza, porque se tiene en la lista de espera otras 20.000 personas, porque el proyecto no se concluyó con éxito y era un plan de mediano y largo plazo, que es el que va a dar la solución, porque avanza con el tema de gestión y este tema, va muy ligado con el sistema de información. En ese sentido, es consecuente del costo que tiene el proyecto como una primera etapa e, inclusive, dentro de esa contingencia, pero las personas están esperando hoy, no es mañana. Recuerda que en un trabajo que se hizo con el tema de cáncer de mama, en el que se estaban analizando las intervenciones, las recomendaciones, hacer educación y promoción de la salud y menciona que una paciente con cáncer de mama recién operada, le indicó que está de acuerdo con que hay que hacer educación y promoción, pero se tiene que tomar una decisión hoy, con los pacientes que tienen el cáncer hoy. Lo señala porque está de acuerdo en que el proyecto no es la solución del problema, es una medida de corto plazo para disminuir los tiempos de espera y es muy probable, aunque está tratando de contenerle el gasto a la Institución. Sin embargo, este tema después de que se evalúe, se indicará que esta modalidad se requeriría por tres años, en una de las especialidades, no en todas, porque se logró mejorar la capacidad en el corto plazo en otras, es decir, sería muy iluso de su parte y un poco engañoso, indicar que piensa que el proyecto va a dar la solución final al problema, porque no va a ser así; es un plan que se ha meditado mucho, se ha pensado mucho, se ha tenido el acompañamiento de la Auditoría para que esté dentro de la Normativa vigente, pero realmente es un tema que considera que se debe seguir analizando y discutiendo todos los días. Este proyecto no es un “cheque en blanco” porque al mes se evalúe, y en el momento en que se evalúe y se determine que no es el tema la Junta Directiva, se tiene la potestad para indicar que esta no es la medida. Ahí indicará que es la primera en determinar que si el proyecto no funciona, no era por ahí. Repite, no es un cheque en blanco. Le parece que es un tema que tiene que dar esa serenidad.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que lo que queda más claro de este proyecto, es en el sentido de que se debe tomar la decisión, está totalmente de acuerdo con la propuesta, pero como bien indicó la señora Presidenta Ejecutiva, es una medida de corto plazo y la Junta Directiva se debe abocar a solucionar el tema de largo plazo. Llama la atención que en este ejemplo en particular, se indicó que se convocaron a 29 hospitales, porque de acuerdo con lo que indicó la señora Gerente Médico, es un tema que se debe atender y resolver en Red, ha escuchado muchas veces a los Miembros del Órgano Colegiado, que la problemática se deber atender en Red y se debe determinar cómo funciona todo el sistema. No hay forma de que se pueda atender lo correspondiente a las listas de espera, sobre todo en cirugías de alta complejidad, cuando todas están concentradas en los hospitales nacionales. Es tan evidente que no se puede ni creer que no se dé un paso hacia adelante. Indicarán que es demasiado persistente, pero el tema de los cateterismos evidenció la situación, si no se tuviera una respuesta, a su juicio, bastantes obtusas de parte del Dirección de Proyección de Servicios de Salud, hace tiempo se tendría en otro centro hospitalario la prestación del servicio, que podría complementar definitivamente lo que hace el Hospital México, dando también servicio para el Hospital de Alajuela. Sin embargo, lo que se determina hacia lo interno y quiere aprovechar este espacio, porque la crítica vale, hay un afán por el centralismo y por la concentración que, por ejemplo, con este caso que se está dando, le produce insatisfacción, porque lo que determina es una miopía impresionante y no en ese tema, sino en otros que, eventualmente, estará presentando a esta Junta Directiva. Hoy se indica que se debe trabajar con la Red y si hay que llamar a los 29 hospitales y preguntarles qué capacidad

tienen, se tiene que hacer. Lo indicó la señora Presidenta Ejecutiva, la inversión de mediano y largo plazo, es para fortalecer la capacidad resolutive de esos centros hospitalarios. En ese sentido, lo entendió y no es médico, es ingeniera y entiende perfectamente ese mensaje de hoy así de diáfano, se fortalezca la capacidad resolutive de los demás centros, de manera que se le debe indicar a la que dirige la Dirección de Servicio de Salud, con el fin de que dejen esa miopía y esa condición de concentración, como criterio básico para la toma de decisiones o cambiar a la persona, el equipo o a quien corresponda, porque si se tiene personal que no es capaz de determinar, lo que a esta Junta Directiva en una hora se ha explicado y tiene capacidad de observar; entonces, quisiera que el cuerpo colegiado también tome decisiones sobre esos temas. Está de acuerdo con la propuesta, pero también quiere analizar, en esa proyección de la solución de mediano y largo plazo, como se va a fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales, quiere discutir una propuesta y cómo se va a resolver el problema del Hospital México y le parece que se logrará, fortaleciendo la capacidad resolutive de todos los centros que están en la Red Noroeste. Esos aspectos son los que quiere analizar, porque ahora se resolverá el problema del Hospital México, asignándole más presupuesto, aprobando más tiempos y demás. Repite, lo que quiere analizar es una propuesta de cómo fortalecer la capacidad resolutive de toda la Red Noroeste y cuando se discuta, pensará que se está avanzando verdaderamente en resolver la problemática de las listas de espera, de lo contrario, en ocho meses más, se va a tener que decidir por otro proyecto paliativo y en otros ocho meses, otro. Le preocupa que no se presente una propuesta que resuelva la problemática en el corto, mediano y largo plazo y se indique, como hace un momento lo indicó la Dra. Sáenz Madrigal, que ese fortalecimiento lleva inversión e infraestructura, quiere conocerla y, además, cuál es el costo. De estos temas los Directores del Órgano Colegiado han hecho referencia en múltiples ocasiones, cuánto se requiere en equipo y cuánto en la formación de los especialistas, pero esa información no se ha presentado en ocho meses, dado que el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), no ha presentado la lista y el programa. “Otro Centro que también sacaría el látigo y empezaría a volar reata”, lo anterior solicita quede de forma textual quede constando en actas, porque así es como lo cree. No se tiene la información para tomar las decisiones y lo único que determina a nivel interno, es una brutal miopía para ser más contundente, cuando doña Rocío lo indica, los Directores lo indican y lo único que quiere es la propuesta para aprobarla aquí, con un plan de inversión de cinco años plazo, para fortalecer esa capacidad resolutive. Por ejemplo, si en la Institución un Gerente Financiero, una Gerencia Médica y una Gerencia de Infraestructura, no pueden elaborar ese plan de fortalecimiento de la capacidad resolutive de estos centros hospitalarios, entonces, tampoco están sirviendo los Gerentes, por lo que se deben cambiar, pero debe existir una persona que resuelva el problema a la Junta Directiva, de modo que presente un plan para que se tome la decisión y se apruebe y que, verdaderamente, se haga el trabajo que en el mediano y largo plazo, porque esta Institución así lo demanda.

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

Sobre el particular, señala el Director Devandas Brenes que está apoyando este proyecto, pero quiere tener muy claro los indicadores, sobre los que cada mes se rendirá el informe. Le parece que de este proyecto se extraiga un cuadro resumen con los indicadores. Como segundo punto, le gustaría que quede en el acuerdo que se apoye la propuesta de don Adolfo, que se tuvo que retirar, de que se realice una reunión con los Directores de Hospitales, para escuchar lo que plantean. Incluso, cuál es su reacción sobre el proyecto. También, poder indicarles que su gestión, deja mucho que dudar y se retiró doña Marielos Alfaro, pero, precisamente, el

fortalecimiento del modelo, de lo que se está trabajando en los otros talleres, va en el sentido de lo que doña Marielos estaba planteando. Considera que en ese proyecto de fortalecimiento del modelo, el tema de la gestión de los grandes hospitales debería ser tratado aparte. Estima que se deberían promover actividades para realizar la gestión, seminarios, talleres, convocar personas de otras instituciones, para conocer cómo se gestionan hospitales, como se administran y definir qué cambios se pueden introducir, porque parece evidente que la administración y la gestión de los grandes hospitales nacionales, no es excelente y no se cumple con las expectativas del caso. Le menciona a la señora Presidenta Ejecutiva que para votar, favorablemente, la propuesta, solicita: primero, el cuadro de indicadores, que cada mes se presenten o se distribuyan y no, necesariamente, tiene que estar agendado para la sesión de la Junta Directiva. Segundo, se programe una encerrona con los directores de los principales hospitales, doña Mayra Soto indicaba que todos, pero le preocupa que al ser todos, el proceso se vuelva poco manejable. Esas son sus propuestas para estar satisfecho con este acuerdo que se está proponiendo.

El Director Barrantes Muñoz señala que estaba atento en este tema, pero por momentos le resulta difícil de entender como proyecto. Le parece que este es un marco, para elaborar propuestas de compromisos de mejorar la productividad y, en ese sentido, estaría dispuesto a aprobarlo. No obstante, estima que el proyecto se debe concretar con una precisión clarísima, de esos compromisos, en los que se debería tener la información de cómo se concreta, porque lo que se está planteando, es un marco para que la Gerencia Médica proceda a construir esos indicadores y a presentar esos compromisos, específicamente, porque el proyecto no tiene claramente planteados esos aspectos. Lo que contiene es una modalidad de gestión pero no para mejorar, el uso de la capacidad instalada en horas extraordinarias, inclusive, en la parte de modalidad de pago, tal como está planteado se debe precisar, para que no sea una fuente de conflictos, y ese aspecto lo que implica, es que se tiene una tarea por delante de precisar, con cada una de las unidades, exactamente, que es el compromiso que a partir de su establecimiento, se debe formalizar con cada una de esas unidades en concreto. En esos términos le cuesta entenderlo como un proyecto concreto y es difícil que se pueda tener. Lo comprende más como una propuesta marco para establecer esos compromisos, en cada una de las unidades y a partir de ahí, es que se concreta la ejecución. Bajo ese entendido, le parece que puede ser operativo y con un plazo, claramente, determinado que sería del mes de mayo al mes de diciembre de este año, porque se indicó que el proyecto se ha implementado en varias ocasiones, incluso, algunas personas en las Redes Sociales, han indicado la Caja está de nuevo haciendo lo que siempre ha hecho, para ir posponiendo la solución de este tema. No se podría avanzar más allá de aprobar el modelo marco y exigir que se presenten los compromisos, porque ahí es donde van a tener más claro, cuál es el costo del proyecto y cuánto se va a producir impacto en las listas de espera.

La Directora Soto Hernández acota que está muy satisfecha, porque determina como hay ilusión y amor en el trabajo y piensa que ese aspecto es muy importante rescatarlo. Se tiene a la expectativa la población de un país que está esperando respuestas y lo que indicó la doctora Sáenz Madrigal, le produjo satisfacción porque contiene dos aspectos, que a veces se les confunde en el análisis, uno es la lista de espera y otro, es la disminución de los plazos en la espera. Le parece que esos aspectos han abierto el “abanico” de la problemática institucional en el modelo, de manera que se tiene que pensar, que hoy se tiene que tomar una decisión, para que se tenga parte de ese “abanico” listo, porque se está trabajando y se está demostrando. De manera que se implementará un plan piloto, para resolver el problema que se está presentando y se une con las listas de espera, el problema de la denuncia. En la misma línea de don Mario

Devandas y la misma idea de don Rolando Barrantes, va a aprobar la gestión y más bien agradece toda esa entrega.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que hay varios acuerdos, pero por lo menos dos acuerdos no están incluidos. Por ejemplo, uno que mencionó don Jorge A. Hernández y otro que ella mencionó, que vale la pena retomarlos, en términos de que el plan hay que monitorearlo y en el momento en que los resultados no satisfagan a la Junta Directiva, el proyecto se suspenderá como tal, para que se tomen las medidas del caso y, de ser necesario, se establezcan las sanciones según corresponda, dado que es una preocupación que existía en el seno del Órgano Colegiado. Por ejemplo, qué sucede si no se cumple en el primer mes, se detiene el proyecto a no ser que sea una razón muy justificada, esa es una potestad que tiene la Junta Directiva, pero a lo mejor se debe establecer desde el primer acuerdo. Le solicita a don Gilberth Alfaro que se debe redactar el acuerdo, que no se determine como coercitivo pero si claro, es decir, que la intención de la Junta Directiva, es que realmente se produzca impacto en el tiempo de espera, que tienen las personas en esas patologías y que se estará evaluando para establecer las acciones correctivas, inclusive, que podrían ser hasta detener el proyecto, pero se tiene que establecer desde el acuerdo.

El Subgerente Jurídico explica cómo debe quedar el acuerdo y refiere que producto de la evaluación que realizará la Gerencia Médica, y en la medida que se entienda que la ejecución se aparta de los objetivos con los que se aprobó el proyecto, la Junta Directiva valorará suspenderlo.

El licenciado Barrantes Muñoz solicita se lean los acuerdos.

La doctora Sáenz Madrigal le solicita al Dr. Navarro Correa que proyecte las propuestas de acuerdo.

El Director Alvarado Rivera se disculpa y se retira del salón de sesiones.

Seguidamente, el doctor Navarro Correa da lectura a la propuesta de acuerdo, con base en la lámina que se proyecta (en cada caso la propuesta se destaca en negrita). Señala que el primer apartado que consta en el documento, en el sentido de “Dar por recibido ...” ya no se considerará. Por tanto, el apartado 2 de la propuesta y siguientes cambiarán de numeración.

Dr. Navarro da lectura:

- 1) **Aprobar el Proyecto Portafolio de Atención oportuna a los pacientes en lista de espera: el cual incluye las jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y Cateterismo.**

No se hacen observaciones.

Dr. Navarro da lectura:

- 2) **Aprobar el Modelo de pago denominado “Sistema de Pago para Cirugía Vespertina”, que fue acordado por la Junta Directiva en el artículo 9° de la sesión N° 8208, celebrada en el 6 de diciembre de 2007; con las variantes expuestas en el**

documento presentado y denominado “Optimización de la Capacidad Instalada en Pacientes Urgentes y Electivos - Accesibilidad y Oportunidad de Servicios - Jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y Cateterismo -Pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en oftalmología”, por el período determinado entre mayo y diciembre 2015.

Manifiesta el Director Barrantes Muñoz que ahí tiene una observación pues se está aprobando una propuesta que ya fue acordado. Pareciera que aquí lo que interesa es el modelo de pago que se basa en esa propuesta, porque aquí se está retomando el acuerdo del año 2007 y se le están introduciendo variantes. Reitera, por tanto, que debería modificarse la redacción porque aquí lo que se está haciendo es un modelo de pago que se sustenta en lo resuelto en el año 2007 con las variantes que se le han introducido y que se han incorporado en el documento *“Optimización de la Capacidad Instalada en Pacientes Urgentes y Electivos - Accesibilidad y Oportunidad de Servicios - Jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y Cateterismo -Pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en oftalmología”*.

Dr. Navarro da lectura:

- 3) Instruir a la Gerencia Médica para que proceda **ajustar** la meta planteada la cual impacta en el 84% de las listas de espera de las especialidades señaladas en el documento, en el primer trimestre de la ejecución del mismo; con el objeto de asegurar los recursos financieros requeridos.**

Manifiesta el licenciado Barrantes Muñoz que ahí se habla de ajustar y le parece que más que ajustar lo que va a corresponder a la Gerencia Médica es precisar o determinar y respecto de ello es lo que debe informar a la Junta Directiva.

Recuerda el Director Devandas Brenes que se había planteado lo relativo a los plazos de las listas de espera. Hace hincapié en que debe indicarse qué se va a impactar, porque se está haciendo referencia a listas de espera y plazos.

La señora Presidenta Ejecutiva manifiesta que se toma nota de lo planteado por el doctor Devandas Brenes.

Dr. Navarro da lectura:

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

A una consulta de don Mario, la señora Gerente Médico anota que ya están los recursos. Le parece que ya en el futuro ese aspecto debería venir incorporado en el proyecto porque, si por alguna razón la Gerencia se atrasa, ello incidiría en el proyecto.

Con lo anterior concuerda la doctora Sáenz Madrigal.

Dr. Navarro da lectura:

- 5) Instruir a la Gerencia de Logística para que proceda a realizar los trámites correspondientes a efectos de asegurar que la elaboración de procedimientos quirúrgicos en jornada ordinaria, extraordinaria y bajo los modelos de pago planteados, no se vean afectados por desabastecimiento de los insumos requeridos.**

Al Director Loría Chaves no le parece lo propuesto; considera que es un tema de redacción. Indica que le preocupa decir que “a efectos de asegurar que la elaboración de procedimientos quirúrgicos en jornada ordinaria ...”. Considera que se está planteado en forma negativa y más bien debería decirse que se garantice el abastecimiento

Indica doña Rocío que está de acuerdo con lo sugerido.

Don Rolando plantea que se indique que se garantice el abastecimiento de los insumos requeridos.

Dr. Navarro da lectura:

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

Manifiesta el Director Devandas Brenes que ahí se había hecho referencia a indicadores globales, para saber cómo se están comportando las otras listas de espera.

Aclara el doctor Navarro Correa que se trata de los indicadores señalados; en el documento se contemplan todas las especialidades, en fin, en el documento se indica que se aplica a todas.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y manifiesta que el doctor Devandas Brenes plantea que está faltando que ese “Tiempo de Utilización de Quirófanos, Porcentaje de Programación de pacientes más antiguos y Tiempo de espera promedio” está bien si se trata de la propuesta que se estaría aprobando. Pero qué sucede con la utilización de los quirófanos en tiempo ordinario, e manera que habría que agregar el comportamiento del uso de la capacidad instalada durante la ejecución del Proyecto.

Anota la doctora Villalta Bonilla que no es sobre el avance del proyecto sino sobre la gestión en general.

Anota don Rolando que sería sobre el uso del tiempo ordinario. Solicita que el avance se dé por cada una de las unidades.

Señala la señora Presidenta Ejecutiva que en la propuesta de acuerdo ya se contempla que es por establecimiento, región y red de servicios.

Dr. Navarro da lectura:

- 8) **Instruir a la Dirección de Planificación Institucional para que en coordinación con la Gerencia Médica, la Gerencia Administrativa y la Gerencia Financiera, presentar en un plazo de tres meses una propuesta de sostenibilidad del modelo productivo.**

Anota el Director Devandas Brenes que ese apartado no lo entendió; señala que se supone que los recursos económicos para estos meses ya están.

Manifiesta la doctora Villalta Bonilla que ahí se está aludiendo a otras modalidades de listas de espera, o sea, un modelo que sea más sostenible en el tiempo. Indica que se trata de lo que estaba planteando el señor Auditor; el modelo 1425 es el único que hay aprobado y pueden existir otros modelos de pago o bien otra diferenciación de incentivos.

El licenciado Hernández Castañeda anota que se podría considerar en términos de lo que planteó, por ejemplo, doña Marielos en cuanto al nivel de resolución, la capacidad resolutoria, el recurso humano, la infraestructura que es lo que viene a dar la sostenibilidad.

Anota la doctora Villalta Bonilla, con base en lo planteado, que se trata del análisis de la sostenibilidad.

Agrega la doctora Sáenz Madrigal que se trata de la sostenibilidad pero no del modelo. Le parece que hay como dos aspectos ahí mezclados: uno, lo planteado por don Jorge Arturo y que se analicen modalidades de pago distintas o adicionales a las que ya se tienen; dos, no se trata de la sostenibilidad del Proyecto que ya se tiene que se vuelve en una rutina sino presentar en tres meses una propuesta para el abordaje integral de las listas de espera que apunte a la mejora en la gestión y en la reducción del tiempo.

El Director Fallas Camacho anota que va a votar en forma negativa la propuesta pero sí sugiere que en el acuerdo se dé un enfoque de acciones inmediatas, de interés público especial, lo cual considera debe quedar muy bien redactado.

Indica el Subgerente Jurídico que ello está en el marco de la atención de los asegurados.

Hace hincapié el Director Barrantes Muñoz, en que en el acuerdo debe quedar claro el plazo del proyecto que es de mayo a diciembre del año en curso.

La doctora Sáenz Madrigal manifiesta, en cuanto a la redacción, que se indique que es por el período determinado de mayo a diciembre del año 2015.

Reitera el licenciado Barrantes Muñoz que en el acuerdo debe quedar claro que la Junta Directiva, a partir de las evaluaciones, puede tomar la decisión de ajustarlo o disolverlo.

La señora Presidenta Ejecutiva manifiesta que correspondería adoptar otro acuerdo, en términos de instruir a las Gerencias para que siga trabajando y planté las acciones de mediano y largo plazo.

Consulta el licenciado Barrantes Muñoz si queda claro a quién le corresponde la vigilancia del cumplimiento. Pregunta si es a la Gerencia Médica.

La doctora Villalta Bonilla señala que ello corresponde a la Gerencia Médica; la Auditoría también estará monitoreando.

Anota doña Rocío que en la propuesta se dice que es la Gerencia Médica.

Hace hincapié don Rolando que esa responsabilidad va en general, en términos de que le corresponde a la Gerencia Médica.

Sobre el particular, la Presidenta Ejecutiva señala que es para la ejecución y evaluación.

El Director Barrantes Muñoz manifiesta que este Proyecto habrá que ir a precisarlo con las unidades. Le preocupa que el Proyecto se apruebe hoy y el día de mañana pueda surgir algún director médico que planté que no lo conoce.

La doctora Villalta Bonilla señala que asume el compromiso y próxima semana sacará un tiempo y lo presentará a todos.

El licenciado Barrantes Muñoz indica que sería una encomienda más a la Presidencia Ejecutiva para que, conjuntamente con la Gerencia Médica reúnan a los directores de hospitales, se les presente el Proyecto y quede claro el compromiso y la implementación de la propuesta. Considera que la única manera de poder avanzar en el asunto es encuadrando, alineando al equipo en una sola dirección del proceso. Hace hincapié en que parte del proceso de la implementación es la reunión con los directores de los hospitales.

Agrega la doctora Sáenz Madrigal que se trata de la divulgación del Proyecto.

El Director Devandas Brenes manifiesta que le gustaría que quedara un acuerdo, en el sentido de que esta Junta Directiva va a programar una encerrona con los directores de los hospitales, pues le parece que es bueno que la Junta Directiva los escuche.

Considera el Director Loría Chaves que se trata de un asunto aparte.

Manifiesta don Mario que sí pero dentro de la sesión de hoy.

Sugiere la señora Presidenta Ejecutiva que este planteamiento se retome al final.

Respecto de lo que en su momento planteó el señor Loría Chaves, el licenciado Barrantes Muñoz indica que preferiría que se dedique una sesión, exclusivamente, para el tema de coyuntura y profundizar en los temas cruzados que se citaron. A partir de ahí se retomaría el tema de la reunión con el equipo de directores de hospital.

La doctora Sáenz Madrigal manifiesta que ha tomado nota del asunto y lo tendrá presente para retomarlo al final de la tarde.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Fallas Camacho que vota en forma negativa.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-4274-2015, de fecha 20 de abril del año en curso que firma la señora Gerente Médico y que, en lo conducente, literalmente se lee de este modo:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica dada las competencias y velando por mejorar la atención brindada a la población en los servicios de salud, presenta la siguiente Propuesta del Proyecto Portafolio de Atención oportuna a los pacientes en lista de espera: Jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y Cateterismo. Pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en oftalmología. Lo anterior en aras de desarrollar estrategias oportunas para hacer frente a las listas de espera y así brindar la atención adecuada y eficiente a los pacientes.

Asimismo, esta Gerencia presenta el Informe de los resultados de la Evaluación del “Proyecto de Abordaje para la atención de la enfermedad coronaria que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno”, según fue requerido por la Junta Directiva en el artículo 20 de la sesión N°8697 celebrada el día 27 de febrero del 2014, en el cual se indicó: “La Gerencia Médica, a través de la Unidad Técnica Listas de Espera, presentará, ante esta Junta Directiva, el respectivo informe sobre los resultados obtenidos respecto del Proyecto que aquí se aprueba, una vez finalizado el período de su ejecución”

La presentación estará a cargo del Dr. Manuel Navarro Correa, Asesor de la Gerencia Médica, como equipo técnico que elaboró la propuesta a presentar.

ACCIONES

1. Propuesta Proyecto Portafolio de Atención oportuna a los pacientes en lista de espera: Jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y Cateterismo. Pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en oftalmología. (adjunto)

RECOMENDACIÓN

Considerando la imperiosa necesidad que tiene la Institución de atender de manera eficiente y eficaz la atención a la población que se le prescribió una procedimiento quirúrgico y que en estos momentos tiene plazos promedios de espera prolongados. Y Dado que el ingreso de solicitudes o prescripciones quirúrgicas son superiores a la cantidad de pacientes que se pueden resolver en la jornada ordinaria, agregado a una escasez de recursos humano especializado en anestesiología que desee laborar con la Institución.

La Gerencia Médica con fundamento en el análisis de la utilización de horas de las salas de operaciones en los establecimientos que brindan prestación de servicios en cirugía para diagnóstico y tratamiento, se considera que existen espacios de mejora que promoverían la reducción de los plazos de espera de las listas de espera dentro del territorio nacional”,

la Junta Directiva, una vez realizada la presentación por parte de la Gerencia Médica sobre la propuesta que incrementaría la producción quirúrgica en jornada ordinaria en todos los establecimientos y otra que promovería una producción agregada en cada uno de los establecimientos que ejecuten esta última mediante un financiamiento externo y

- I) Tomando en consideración fundamental y primordialmente, el deber de esta Entidad de velar por el adecuado y oportuno resguardo, cuidado de la salud y la vida de todos y cada uno de los usuarios de los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 73 de la Constitución Política y, además, siendo que tal y como de seguido se verá, el tema que nos ocupa reviste un claro interés público.
- II) En razón de los hechos y planteamientos expuestos ante este órgano colegiado, por la señora Gerente Médico y el Director de la Unidad Técnica de Listas de Espera, consistente en una propuesta administrativa y técnica que incrementaría la producción quirúrgica en jornada ordinaria en todos los establecimientos y otra que proveería una producción agregada en cada uno de otros establecimientos que ejecuten esta última mediante un financiamiento externo.
- III) Todo esto en consonancia con los eventos que de forma pública y notoria se han informado,

la Junta Directiva –por mayoría - **ACUERDA:**

- 1) Aprobar el Proyecto Portafolio de Atención oportuna a los pacientes en lista de espera, el cual incluye las jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de Cirugía general, Ortopedia y Cateterismo, y pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en Oftalmología, según los términos del documento que queda constando en la correspondencia de esta sesión.
- 2) Aprobar el Modelo de pago denominado “Sistema de Pago para Cirugía Vespertina”, que se sustenta en lo acordado por esta Junta Directiva en el artículo 9° de la sesión N° 8208, celebrada en el 6 de diciembre del año 2007, con las variantes expuestas en el documento presentado y denominado “*Optimización de la Capacidad Instalada en Pacientes Urgentes y Electivos - Accesibilidad y Oportunidad de Servicios - Jornadas de producción quirúrgicas en las especialidades de cirugía general, ortopedia y Cateterismo -Pago por paciente quirúrgico de catarata dado de alta en oftalmología*”, por el período determinado de mayo a diciembre del año 2015.

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

- 3) Instruir a la Gerencia Médica para que proceda a precisar y determinar la meta planteada, que impacta en el 84% de las listas de espera de las especialidades señaladas en el documento, en el primer trimestre de su ejecución, con el objeto de asegurar los recursos financieros requeridos.
- 4) Instruir a la Gerencia Financiera, para que proceda a realizar los trámites correspondientes, a efectos de asegurar el presupuesto requerido para atender la cantidad de cirugías propuestas por ejecutar por las Direcciones Médicas de los establecimientos que ofrecieron implementar la propuesta.
- 5) Instruir a la Gerencia de Logística, para que proceda a realizar los trámites correspondientes, a efectos de garantizar el abastecimiento de los insumos requeridos.
- 6) Instruir a la Gerencia Médica para que, de manera mensual, informe a la Junta Directiva, mediante boletín ejecutivo, sobre los avances del presente proyecto en jornada ordinaria (uso de la capacidad instalada durante la ejecución del Proyecto) y extraordinaria por establecimiento, región y red de servicios de salud, utilizando concretamente los indicadores de resultados en el documento señalados: Tiempo de Utilización de Quirófanos, Porcentaje de Programación de paciente más antiguos y Tiempo de espera promedio.
- 7) Instruir a la Dirección de Planificación Institucional para que, en un plazo de tres meses y en coordinación con la Gerencia Médica, la Gerencia Administrativa y la Gerencia Financiera, se analicen modalidades de pago distintas o adicionales a las que ya se tienen y que, además, se presente una propuesta para el abordaje integral de las listas de espera que apunte a la mejora en la gestión y en la reducción del tiempo de espera.

Asimismo, **se dispone** que, en la medida que se entienda que la ejecución de este Proyecto se aparta de los objetivos por los cuales se aprueba, en fin, que los resultados no sean satisfactorios de acuerdo con lo previsto, se valorará la posibilidad de ajustarlo o suspenderlo, según corresponda.

- 8) Instruir a las Gerencias para que sigan trabajando y planten las acciones de mediano y largo plazo.
- 9) Encomendar a la Presidencia Ejecutiva para que, conjuntamente con la Gerencia Médica, se reúnan con los directores de hospitales y se les presente el Proyecto que aquí se aprueba, con el fin de quede claro el compromiso y la implementación de dicho Proyecto.
- 10) Queda instruida la Gerencia Médica y las Direcciones de los Hospitales para que, dentro del ámbito de sus competencias, adopten las acciones necesarias en resguardo de los intereses de los asegurados y del fin público asignado constitucionalmente a esta Entidad.

Sometida a votación la propuesta para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, excepto por el Director Fallas Camacho que vota negativamente. Por lo tanto, lo acordado se adopta en firme.

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

Se hace un receso y acto seguido se reinicia la sesión para tratar el tema que se consigna en el artículo 25°.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

ARTICULO 25°

La doctora Sáenz Madrigal, a propósito de lo tratado en el artículo precedente, acota que volviendo al tema respecto del Hospital México, hay una decisión de esta Junta Directiva, en el sentido de avanzar con la capacidad resolutive de la Red Noroeste, de manera que se está planteando el establecimiento de un Servicio de Hemodinamia adicional en la Red de Servicios y por lo tanto, la Gerencia Médica en ocho días presentará la propuesta de ese tema.

El Director Barrantes Muñoz indica que no se puede eludir solicitar de la Gerencia Médica porque no quedó conforme del todo, con que haya respondido a lo que hizo referencia el Dr. Méndez. Le parece que se necesita una clara respuesta a los temas de capacidad que puede estar ociosa en otros centros médicos, en el caso de los Hospitales Calderón Guardia y San Juan de Dios, de tal manera que el tema quede totalmente claro, en términos de si es posible o no contar con recursos que refuercen, para atender la emergencia.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que solicitará para que en dos semanas se presente el tema, dado que es muy complejo y se necesita la asesoría de especialistas.

El licenciado Barrantes Muñoz indica que con lo que hoy se aprobó, el proyecto no se paraliza sino que continúa, es un aspecto adicional, porque se indicó que se iba a concentrar en las posibilidades reales y capacidades que tiene el Hospital México. Por responsabilidad se tiene que tener una clara evaluación de esas posibilidades si es que las hay. Considera que esta Junta Directiva tiene dos alternativas o es la solución de todos estos problemas o es parte del problema. Apuesta que tiene que ser parte de la solución. Se considere dentro del refuerzo de la Red Noroeste, a lo que se hizo referencia otro día de la desconcentración del Hospital México, considerando que buena parte de la población, le corresponde recibir atención médica en esa Red de Servicios.

Se toma nota.

Ingresa la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; los doctores Manuel Navarro Correa, Director de la Unidad Técnica de Listas de Espera; Douglas Montero Chacón, Director; Edgar Méndez Jiménez, Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital México, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

ARTICULO 26°

De conformidad con lo solicitado (artículo 16° de la sesión número 8771, celebrada el 16 de abril del año 2015), se presenta el oficio N° GM-SJD-4275-2015, firmado por la Gerente Médico,

fechado 20 de abril del año 2015, que contiene la propuesta de resolución de la Lista de Espera de Cirugía Cardiovascular y torácica, en el Hospital México.

La exposición está a cargo del doctor Montero Chacón, con el apoyo de las láminas que se especifican:

1) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MEXICO
PROYECTO DE ATENCION DE LISTAS DE ESPERA DE CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR.

2) Grupo gestor.

DR. EDWIN MANUEL ALVARADO ARCE
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA TORAX Y CARDIOVASCULAR.

DR. OMAR CASTILLO ALDEANO
JEFE DE CLÍNICA DE CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR.

DR. DOUGLAS MONTERO CHACON
DIRECTOR GENERAL.

3)



4)

AÑO / POBLACIÓN	TOTAL	DIRECTA	INDIRECTA
2015	2,245,066	142,406	2,075,903
2016	2,245,067	144,421	2,100,646
2017	2,271,376	146,387	2,124,989
2018	2,297,104	148,297	2,148,807
2019	2,322,172	150,171	2,172,001
2020	2,346,611	152,012	2,194,599

Población directa e indirecta de los Hospitales de la CCSS. Ajustada con la Proyección de Población 2011-2050 emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Censos -INEC-. Período 2011 - 2035 Dirección de Actuarial.

*** POBLACION ABSCRITA AL HOSPITAL MEXICO**

5)

* INFRAESTRUCTURA

Cuenta con 16 camas hábiles para internamiento de pacientes, divididas en la siguiente manera:

- * Un cubículo de 6 camas para la recuperación postoperatoria de hombres.
- * Un cubículo de 5 camas para la recuperación postoperatoria de mujeres.
- * Un cubículo de 3 camas de hombres para internamiento.
- * Un cubículo de 2 camas, destinados a:
 - * Preoperatorio
 - * Aislamiento
 - * Cuidados especiales

6)

* SITUACION EPIDEMIOLOGICA

Primeros cinco grupos de causas de muerte según grupo de causas CIE-10, 2000 y 2011. (Porcentaje del total de muertes)

2000 Causa	Porcentaje	2011 Causa	Porcentaje
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	31,7	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	29,2
Tumores (neoplasias) (C00-D48)	20,7	Tumores (neoplasias) (C00-D48)	23,7
Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y98)	12,1	Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y98)	11,5
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	10,0	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	8,1
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	6,8	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	7,3

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2011.

7)

2000 Causa	Porcentaje	2011 Causa	Porcentaje
Infarto agudo al miocardio (no especificado) (I219)	10,0	Infarto agudo al miocardio (no especificado) (I219)	7,4
Cáncer de estómago (no especificado) (C169)	3,7	Cáncer de estómago (no especificado) (C169)	3,0
Apoplejía, no especificada como hemorragia o infarto (I640)	3,0	Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado (V892)	2,6
Enfermedad isquémica del corazón (no especificada) (I259)	2,9	Cáncer de próstata (C610)	2,2
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (J440)	2,3	Enfermedad isquémica del corazón (no especificada) I259	2,2

** Primeras cinco causas de muerte según diagnóstico CIE-10 específico. 2000 y 2011. (Porcentaje del total de muertes)

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2011.

8)

AÑO	TOTAL DE CIRUGÍAS
2011	392
2012	498
2013	503
2014	320

* Fuente: Registros del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Hospital México y Servicio de Bioestadística

PRODUCCION

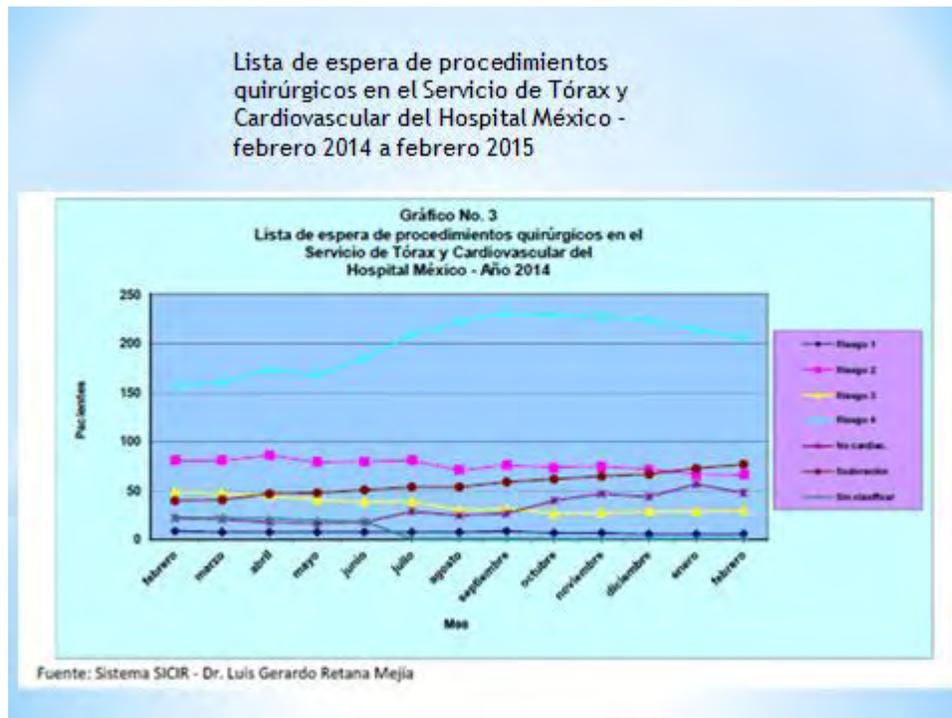
9)

* Lista de espera de procedimientos quirúrgicos en el Servicio de Tórax y Cardiovascular del Hospital México - febrero 2014 a febrero 2015

Meses	Riesgo 1	Riesgo 2	Riesgo 3	Riesgo 4	No cardiac.	Sudoración	Sin clasificar
febrero	9	81	49	156	22	40	23
marzo	8	81	48	161	21	41	23
abril	8	86	45	173	18	47	22
mayo	8	79	41	168	17	48	20
junio	8	80	39	185	18	51	19
julio	8	81	39	209	29	54	1
agosto	8	71	31	222	25	54	1
septiembre	9	76	32	231	27	59	1
octubre	7	74	27	229	40	62	1
noviembre	7	75	28	227	47	65	1
diciembre	6	72	29	224	44	67	1
enero	6	67	29	215	57	73	1
febrero	6	66	30	205	48	77	1

Fuente: SICIR, HOSPITAL MEXICO.

10)



11)

* Lista de espera de procedimientos quirúrgicos en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, según año de inscripción en lista de espera. Febrero 2015, Hospital México

Clasificación	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total general
Lista de Espera Cirugía de Tórax NO Cardiaca		1	1	6	8	28	8	52
Lista de Espera Cirugía para Sudoración		1	2	1	19	45	13	81
Lista de Espera Riesgo 1				1	5	1		7
Lista de Espera Riesgo 2	1	3	11	15	11	27		68
Lista de Espera Riesgo 3		1	10	12	3	3	3	32
Lista de Espera Riesgo 4		1	3	57	59	74	10	204
Sin Clasificar			1					1
Total general	1	8	28	91	105	178	34	445

Fuente : Sistema SICIR. Dr. Luis Gerardo Retana Mejía.

- 12) Propuestas de atención lista de espera.
- 13) Objetivo general:
- * Reducir la lista de espera, mediante una priorización que atiende primero al paciente en condiciones clínicas y quirúrgicas más severas.
- 14) Objetivos específicos:
1. Realizar un análisis detallado de la lista de espera para priorizar según condición clínico al paciente con mayor urgencia de atención, y así categorizar a los pacientes en ROJO (prioridad 1 y 2) (baja condición funcional), AMARILLO (moderada condición funcional, prioridad 3) y VERDE (aceptable condición funcional, prioridad 4), todo bajo estricta clasificación de la New York Heart Association (N.Y.H.A.).
 2. Establecer protocolos y procesos de trabajo para atender al paciente ROJO en los próximos 15 días después del diagnóstico, 60 días los pacientes en AMARILLO y VERDES en 90 días.
- 15) Caracterización:
- Días de cirugía:
- Miércoles a partir de las 16:00 p.m. horas o
Sábados a partir de las 8:00 a.m. horas
- Sitio:
Quirófano G-8 del segundo piso.
- 16) Caracterización:
- Recurso Humano:
- * Cirujanos Cardiovasculares Especialistas.
 - * Médicos Residentes de Cirugía Cardiovascular.
 - * Médico Especialista en Circulación Extracorpórea.
 - * Asistente Técnico en Medicina Extracorpórea.
 - * Médico Anestesiólogo.
 - * Médico Residente de último año de Anestesiología.
 - * Enfermera Instrumentista.
 - * Auxiliar de Quirófano.
 - * Circulante de Quirófano.
 - * Asistente Administrativo.
- 17) Personal de enfermería:
- * Se requiere al menos
 - * 03 nuevas plazas de enfermería para la atención de 01 cubículos de UCI.
- Este recurso es fundamental para poder abrir los dos cubículos que se encuentran en la Unidad de Terapia Intensiva.**

18) Período de realización:

Dicho programa es para iniciar en mayo a noviembre del 2015. Con evaluaciones trimestrales de la relación oferta-demanda, que determinará el grado de extensión del proyecto.

19) Producción (oferta)

- * La producción sería de **05 pacientes** por semana, 04 de las cirugías son ordinarias (lunes a jueves), durante la jornada de 7:00 a 4:00 pm y 01 cirugías por proyecto especial (miércoles o sábado).

20) Producción (características).

- * La producción sería de **05 pacientes** por semana, 04 de las cirugías son ordinarias (lunes a jueves), durante la jornada de 7:00 a 4:00 pm y 01 cirugías por proyecto especial (miércoles o sábado).

Todas estas cirugías son de la **lista de espera**, y se atenderán según la prioridad determinada en primer orden, y según antigüedad en el segundo orden.

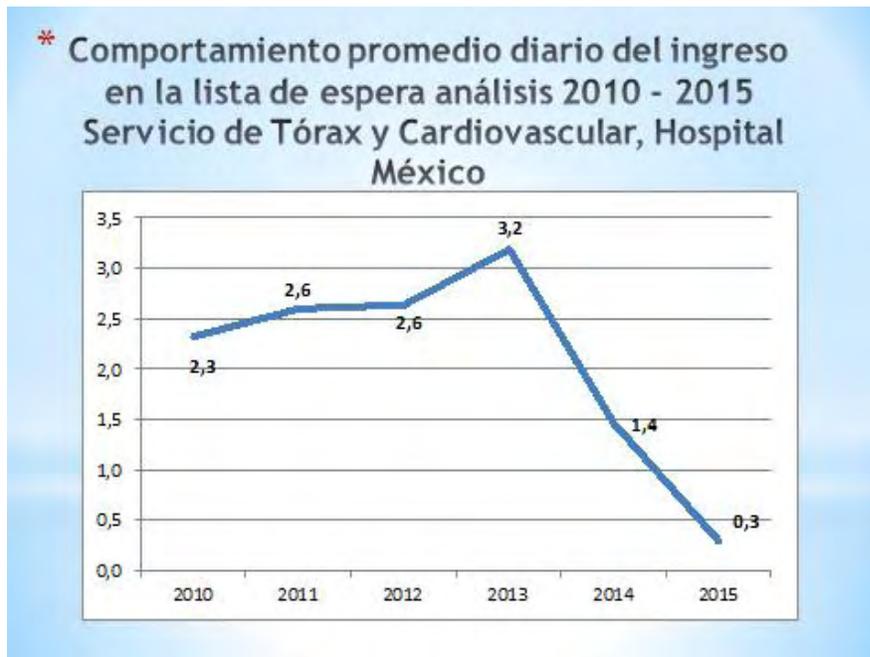
21) Casos especiales de prioridad:

- * Sí por alguna razón médica, se debe adelantar algún caso, esta se autorizará previamente por la Jefatura del Depto. de Cirugía, con documentación donde justifica el caso.

22) Demanda:

- * La demanda semanal es de 05 casos nuevos de cirugías, que surgen después de la sesión clínica quirúrgica, donde suelen analizarse cerca de 16 casos semanales. Algunos han entrado desde la consulta externa y otros son pacientes provenientes del servicio de cardiología, después de la sesión
- * Esto resulta en promedio 20 a 21 pacientes por mes.

23)



24)



25)

Salario completo y porcentual al 14,25% con cargas sociales para 30 cirugías Proyecto especial del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, mayo 2015 a noviembre 2015, Hospital México

Tipo de personal	Salario mensual bruto	Pago por día, 14,25%	Pago del proyecto final - por 30 cirugía	Cargas Sociales
1 Cirujano Cardiovascular ^[1]	€3.404.656	€485.163	€14.554.904	€18.630.278
1 Cirujano Cardiovascular ^[2]	€3.081.478	€439.111	€13.173.318	€16.861.848
1 Anestesiologo	€3.081.478	€439.111	€13.173.318	€16.861.848
1 Medico Esp. Extracorpórea ^[3]	€2.241.215	€319.373	€9.581.194	€12.263.928
1 Enfermera instrumentista ^[4]	€1.770.403	€252.282	€7.568.473	€9.687.645
1 Auxiliar de Quirófano ^[5]	€575.505	€82.009	€2.460.284	€3.149.163
1 Auxiliar de Pacientes ^[6]	€696.461	€99.531	€2.985.921	€3.821.979
1 Técnico de Perfusión ^[7]	€741.795	€105.706	€3.171.174	€4.059.102
TOTAL		€2.222.286	€66.668.587	€85.335.791

26)



27)



El doctor Montero Chacón, Director del Hospital México indica que, anteriormente, se había hecho referencia del impacto que se producía con el Proyecto de Atención de las Listas de Espera de Cirugía Cardiovascular, por ejemplo, las características de la infraestructura requerida, así como la importancia del problema, la producción que se tenía y la clasificación por riesgos, de modo que el planteamiento fue en términos de que se iba a volver a analizar. La propuesta es una priorización de los pacientes quirúrgicos que, según la clasificación, es tratar de atenderlos con la mayor prontitud. En ese sentido, se modifica un poco los aspectos presentados en la sesión anterior, porque la intención era poder realizar dos cirugías más, de las que se programaban en el día; además, la idea era que los cirujanos del Hospital Calderón Guardia y los del Hospital San Juan de Dios, ayudaran con las cirugías que se tenían; no obstante, ese aspecto no se logrará concretar.

Respecto de una pregunta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer del por qué no va a ser posible que el Hospital Calderón Guardia se una al Proyecto, responde el Dr. Montero Chacón que ese Hospital no tiene la disponibilidad que se requiere.

Abona la doctora Villalta Bonilla que se conversó con el Director del Hospital Calderón Guardia y la Directora del Hospital San Juan de Dios, dado los registros que tienen en las listas de espera y los Cirujanos del Hospital San Juan de Dios no quisieron participar en el proyecto. En conversación con la Directora Médica del Hospital San Juan de Dios, el día de ayer indicó que se podría autorizar, si se les presta el Anestesiólogo y se realizan cirugías de 7 a.m. a 4 p.m. De manera que se determinará la cantidad de pacientes que se pueden operar de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., solo faltaba el requerimiento del Anestesiólogo. Entonces, se analizará la cantidad de pacientes que se podrán operar en ese período y los del Hospital México. El Hospital Calderón Guardia no se comprometió, pero indicaron que iban a revisar para determinar si podían operar en el día, no dentro del proyecto con jornada extraordinaria, uno o dos pacientes al mes, porque son pacientes que, además de ocupar la jornada ordinaria, ocupan cama en cuidados intensivos y esa es la limitante que se está teniendo. Repite, el Hospital San Juan de Dios se comprometió si

le dan un Anestesiólogo y el Hospital Dr. Calderón Guardia iba a analizarlo, por el tema de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Interviene el Dr. Edgar Méndez Jiménez y comenta que una de las grandes preocupaciones con este asunto de los cateterismos, es debido a que se tiene una lista de espera que, numéricamente, tiene importancia, como para que, nuevamente, se haga un problema mediático porque, eventualmente, los periodistas y la opinión pública, puedan tener esa información, en el sentido de que en otros hospitales, se les realiza el procedimiento a dos o tres casos por semana y, en el Hospital México se realizan cirugías todos los días, dado que tienen jornada vespertina, en donde, repite, en estos momentos son tres cirujanos, porque hay dos especialistas que están incapacitados. Por ejemplo, el Dr. Induni López, es el Subdirector de la Escuela de Medicina, está con artropatía bilateral, porque son jornadas de ocho horas, durante las cuales deben estar de pie y tiene más de veinticinco años de estar realizando ese trabajo. Solicita a la Junta Directiva tomar en cuenta que el recurso humano, que se tiene en el Hospital Calderón Guardia y en el Hospital San Juan de Dios, en este momento por las razones que sean, tienen infraestructura, Sala de Operaciones y cirujanos, no están trabajando por una lista de espera que, eventualmente, es un problema nacional, esa es una manera de determinar esos aspectos.

Interviene la señora Presidenta y señala que quiere entender con detalla lo que indica el Dr. Méndez, es decir, los pacientes son del Hospital México.

El Dr. Méndez indica que sí.

Continúa la doctora Sáenz Madrigal y señala que la primera responsabilidad es del Hospital México. Segundo, los otros dos hospitales han indicado que van a analizar el proyecto, aun teniendo espacio y posibilidades o es que tienen sus propias limitaciones.

Al respecto, el Dr. Méndez indica que cada hospital tiene sus propias limitaciones, el asunto es que el recurso humano de los Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia, solo realiza cirugías cardíaca y en el Hospital México, el Servicio de Cardiología se encarga de realizar las cirugías de Pulmón y Cirugía Cardíaca. Su principal preocupación, por ejemplo, es que si se tiene una la lista de espera en el Hospital México de esa naturaleza, por qué no se ha gestionado, eventualmente, que el recurso humano de otro hospital realice cirugías cardíacas, dado que todos los días no se realizan cirugías y, por ejemplo, tres días a la semana las salas de operaciones están sin ocupación y no se puedan distribuir, adecuadamente, los recursos para que haya una continuidad en el servicio. Manifiesta su preocupación, porque el trabajo no está bien distribuido. El Hospital México tiene la mayor lista de espera y la mayor área de atracción, pero lo que no está bien, es que desde su punto de vista, no hay una gestión que distribuya, adecuadamente, el trabajo para tratar un problema que es de la Institución. Esa es la perspectiva que deja planteada como una inquietud. Enfatiza en que respeta el trabajo de los funcionarios de los otros hospitales, así como la distribución del trabajo, pero esos aspectos ante la opinión pública, no va a ser fácil de explicar. Entonces, aunque puede ser un aspecto que se puede guardar dentro de las arcas institucionales del recurso, pero no es bien visto.

La Dra. Villalta Bonilla aclara que según los registros que se tiene de los otros hospitales, la producción es parecida. Inclusive, el tiempo de utilización de la Sala de Operaciones, porque se utilizan bastante. Por ejemplo, en los otros hospitales las cirugías están separadas, porque operan

tórax y cardiovascular por aparte, no igual que el Hospital México. Repite, según los registros que se tienen, existe una producción muy parecida en los tres hospitales.

Señala la doctora Sáenz Madrigal que el Dr. Méndez, ha hecho una denuncia ante esta Junta Directiva y no se pueden quedar en inacción. Además, indicó un aspecto que en lo personal le preocupa, porque indicó que se podía quedar “guardado”, como si se estuviera tratando de ocultar la situación real del Hospital México. Lo aclara porque en las circunstancias en las que la Caja está ante el país, lo que indica el Jefe de Servicio del Hospital México, le parece que hay que tenerlo claro. En la reunión pasada entendió que se presentaría una propuesta, para la atención de las listas de espera, de los pacientes de Cirugía Cardíaca en el Hospital México. Que la propuesta que se hizo la semana pasada incluía, en el monto la posibilidad de que no solo realizaran las cirugías los especialistas del Hospital México, sino los cirujanos de otros hospitales. Repite, la semana pasada se entendió que se iba a presentar una propuesta hoy, con los recursos que se tenían, porque se determinaba muy complicado que se le asignaran recursos financieros al Hospital México, y se indicó por consulta realizada por la Ing. Alfaro Murillo, o alguno de los Miembros de Junta Directiva, que como se esperaba la posibilidad de respuesta del Hospital México con las otras, para que no quedara como invisible. Ahora escucha que la propuesta que traían antes, no había sido conversada y había sido analizada a lo interno del Hospital México y no se había coordinado. Está tratando de entender un poco y de articular el tema. Le solicita a la doctora Villalta que se aclare lo que indicó el Dr. Méndez, porque esa aclaración es importante para esta Junta Directiva.

Sobre el particular, aclara la doctora Villalta Bonilla que la propuesta venía sin ser socializada con los otros hospitales. El martes que tuvo que ir a negociar con el Hospital Nacional de las Mujeres, el Dr. Navarro Correa se quedó reunido con los especialistas de Cirugía Cardiovascular de los otros hospitales y el Hospital San Juan de Dios, propone que apoyan el proyecto, pero en la jornada ordinaria y no se trasladarán a realizar cirugías al Hospital México; además, que no van a realizar jornadas extraordinarias. Ayer en la tarde lo negociaron con la Dra. Balmaceda Arias e indicó que no tenían Anestesiólogo, que colaboraban con el proyecto en la jornada ordinaria de 7 a. m. a 4 p. m., si se les dotaba de un Anestesiólogo con los cirujanos del Hospital San Juan de Dios. En el Hospital Calderón Guardia quedó la opción de analizar la propuesta a lo interno, para determinar con cuantos pacientes podían colaborar e indicaron que en la jornada ordinaria y que no se trasladarán a operar al Hospital México; además, podrían realizar jornada extraordinaria los días sábados y buscarían un espacio en la jornada ordinaria de un quirófano, pero que tenían que negociar con las otras jefaturas, por la limitada disponibilidad de quirófanos que se tenían e igual, porque esos pacientes, luego de una cirugía, se trasladan a la Unidad de Cuidados Intensivos, entonces, realizar muchas cirugías, saturaría esa Unidad. Esa fue la respuesta para el apoyo que se podría dar para el proyecto. De modo que en los Hospitales Calderón Guardia y San Juan de Dios, no se logró concretar ningún acuerdo, porque en el San Juan de Dios el requerimiento era un Anestesiólogo y ayer se les solicitó al Dr. Montero y al Dr. Méndez, para que gestionen a lo interno del Hospital México el préstamo del Anestesiólogo para el Hospital San Juan de Dios.

Continúa el Dr. Méndez ya aclara que en la mañana conversaron con el Dr. Navarro Correa y le mostró el problema de la estadística, dado que en el Hospital México se tiene tanto volumen de trabajo, que muchos pacientes que son traslados internos de Cardiología a Cirugía de Tórax para operar, no son incluidos en la lista de espera, porque son traslados internos; entonces, ahí puede

existir un sesgo. Otro aspecto que les preocupa es que con el trabajo extraordinario que está haciendo en Cardiología, se está sumando a las listas de espera del Hospital México más pacientes, entonces, de un momento a otro se eleva la lista de espera, pero es porque se tiene más producción y muchos de estos pacientes, pasan a ser de tratamiento quirúrgico y es una necesidad, al que existan tantas personas y familiares llamando, por ejemplo, amenazando a la secretaria o al jefe del servicio, por toda esta situación en la que está el Hospital. Hicieron un estudio de hace varios años, en el sentido de que se iba a tener esa cantidad de pacientes en la lista de espera, si se continuaba con la misma capacidad operativa que, eventualmente, se mejoró y se les concedieron más espacios en la Unidad de Cuidados Intensivos, sobre los cuales la Dra. Villalta realizó la gestión y por ese motivo, en el Servicio de Cardiología se opera todos los días. El problema es que no ha sido suficiente y se tiene una lista de espera que se engrosa mes a mes. Con las nuevas políticas establecidas con respecto de cateterismo y sumado a la demanda, que es usual tener estas listas, el número de pacientes se está elevando y esa es la principal preocupación. Deja claro que se ha contabilizado los días sala de operaciones que emplean otros hospitales y por lo menos, el Hospital San Juan de Dios tiene la mitad de la producción de del Hospital México, solamente supera la cirugía extracorpórea y corazón abierto, porque se contabilizan entre nueve o diez casos por mes. Aclara que no está indicado que exista una diferencia o que el Hospital México sea mejor o no, por tener que resolver más casos, pero se está agotando el recurso humano y son los que forman, a los especialistas que están trabajando en el Hospital San Juan de Dios y en el Hospital Calderón Guardia.

Interviene el Director Loría Chaves y apunta que se conoce existen aspectos elementales. La semana pasada se planteó que se atendieran pacientes en otros hospitales, porque el Hospital México está en una emergencia y en esa situación, se esperaría que la Gerencia Médica reúna a los equipos de otros hospitales y se busque una solución de este tema. Le parece que se deben integrar los equipos de trabajo de los hospitales e indicarles que existe una emergencia nacional, es un tema país, es una urgencia y hay que planear cómo se puede solucionar, porque considera que si hay que habilitar sábados y las noches, hay que hacerlo, pero es una tarea que hay que hacer, de lo contrario si no se hace del conocimiento de las personas que, además, la Junta Directiva ha dispuesto, si es necesario pagar tiempo extraordinario o demás, es lo que hay que negociar con los hospitales. Además, se tiene que plantear que son pacientes que están calificados como del más alto riesgo y están en lista de espera desde hace cuatro o cinco años. Reitera, el tema es una emergencia, por lo que la Gerencia Médica debe reunirse con los equipos de trabajo y buscar la solución del caso.

El Dr. Montero Chacón indica que el problema de la cirugía cardíaca, es complejo y no es tan fácil como establecer una estrategia y otra. Justamente, al tratar de establecerla se enteraron que el problema es de un abordaje más complejo y apoya la idea de don José Luis Loría, en el sentido de que se debe hacer un abordaje más completo, con un enfoque de país y no solo del Hospital México. Las soluciones podrían estar en buscar algún lugar donde se concentren habilidades quirúrgicas o la resolución de ciertas patologías. Esos aspectos se han planteado muchas veces en la Junta Directiva, en términos de que hay ciertos problemas que no deberían estar tan distribuidos, porque se va perdiendo el potencial por la eficiencia del recurso humano y tal vez, se podría utilizar para cierta complejidad de cirugía cardíaca, concentrarse en algún lugar, no está haciendo referencia del Hospital México, si no en general de la Institución. Enfatiza en que la cirugía cardíaca está incrementándose, hay más casos y se produce una gran presión y entre más temprano se esté abordando la patología cardíaca, más cateterismos se van a

lograr, aunque también están disminuyendo la cantidad de cirugías, porque el cateterismo está resolviendo mucha patología, pero al aumentar la sensibilidad de los casos, está aumentando la incidencia para la cirugía y este fenómeno, se podrían estar incrementando, por lo que la Institución se debe preparar, de manera que, sería bueno hacer un análisis institucional y plantear propuestas de solución nacional. El proyecto que se está planteando, se reajustó a la capacidad que el Hospital México puede tener, en términos de disminuir costos y otras. La preocupación del Dr. Méndez es que apenas se está haciendo un abordaje del problema y se espera que un grupo de personas aborde el tema a profundidad y presente una solución más integral, y a mediano y largo plazo sobre la cirugía cardiaca.

La doctora Sáenz Madrigal le solicita a la doctora Villalta Bonilla, una explicación en términos del por qué en otros hospitales, se ha tenido un poco de precaución, en el momento de indicar que si o que no apoyan el proyecto, porque le parece que más bien debe existir una justificación de fondo.

Al respecto, aclara la doctora Villalta Bonilla que los cirujanos de otros hospitales, no estuvieron en desacuerdo en operar, inclusive, el Hospital San Juan de Dios indicó que operaban en la jornada ordinaria, porque les parece que realizar una cirugía tan compleja después de las 4:00 p.m., inclusive, los sábados, no es conveniente, porque no se tiene el apoyo de todos los servicios en hospitalización. En ese sentido, les parece que es preferible realizar cirugías de esa naturaleza de 7:00 a.m. en adelante y en los lugares de su trabajo e, igual, que no se pueden realizar una gran cantidad de cirugías de esa naturaleza, porque se saturarían las Salas de Cuidados Intensivos de los hospitales. Es la razón por las que, fundamentalmente, preferían que las cirugías fueran en ese horario, aunque no devenguen tiempo extraordinario y que el recursos financiero se utilice en otros gastos.

El Director Barrantes Muñoz rescata lo planteado por parte del Dr. Méndez, en el sentido de que están ante una situación y se debe definir si el problema de las listas de espera en cateterismos, se aborda con los recursos, estrictamente, del Hospital México, porque supera en cuanto a necesidad la capacidad de respuesta, que existe en el Hospital o se analiza desde el punto de vista institucional, en cuando a la disponibilidad de recursos que puede haber en otras unidades, de forma tal que el tema se pueda abordar con una capacidad mayor de respuesta. La doctora Villalta realizó las respectivas observaciones, pero no exime que el abordaje del problema sea en esa dirección. Lo que indicaba don José Luis Loría es cierto, esta es una situación que en buena medida, por el impacto mediático que se produce, lo que se está haciendo es reflejar una situación real que está en el Hospital México. Lo que sucede es que si el impacto mediático no hubiera sido, igual la situación real es la misma en términos de necesidades y de problemas, entonces, ese aspecto lo que hace es agregarle, un tema de actualidad y de mencionar, porque genera niveles de presión y de riesgo aún mayores, desde el punto de vista de la Institución, en términos de credibilidad y otros problemas que, eventualmente, pudieran tener. Le parece que hoy se podría escuchar el abordaje del problema, desde la perspectiva de lo que se puede hacer con el Hospital México, pero ese aspecto no los exime de pedirle a la Gerencia Médica que, inmediatamente, valore la posibilidad de contar con recursos adicionales y como se pudieran incorporar de forma tal y desde una perspectiva de abordaje del tema como una emergencia. No conoce si en el pasado, la Institución ha tenido en algún momento que declarar una situación de emergencia, o si hay que solicitárselo al Poder Ejecutivo, para que emita un Decreto de Emergencia que permita disponer de acciones especiales, porque más allá del tema de los pacientes que están con

problemas cardiacos o cardiovasculares, sino que el tema trasciende aún más. Por ejemplo, hoy en la mañana se le dedicó muchas horas de análisis al tema, pero no conoce si hiciera falta alguna disposición de política pública, que les permita disponer de recursos y atender la situación con carácter de excepcionalidad, porque si hay que gestionar ese decreto, se gestiona, porque desconoce si la Caja, puede declarar de emergencia el tema, dentro del marco de sus propias facultades. Le parece que el asunto amerita, definitivamente, un abordaje con ese carácter y en esa dirección. Repite, que se debe hacer conforme con los recursos del Hospital México y se adopte una instrucción, para que desde la Gerencia Médica, se les amplíe las posibilidades de actuación e impacto que se produce, contando con otros recursos que pudieran, eventualmente, estar disponibles en esas unidades hospitalarias.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que uno de los elementos que le llama la atención, en medio de toda esta discusión que se ha dado con el Hospital México, porque ha conversado con personas que conocen el Hospital Calderón Guardia y cuando un paciente ocupa la cirugía cardiovascular, están en lista de espera, alrededor de dos años. Lo anterior se lo indicaron el martes próximo pasado. Si los pacientes están a dos años de lista de espera, quiere observar a los cirujanos del Calderón Guardia operando a los del Hospital México, si tienen suficiente problema por resolver. Por ejemplo, si ella fuera un paciente del Hospital Calderón Guardia y está en esa lista de espera, lo primero que hace es poner un recurso en algún lado y, porque los pacientes van a indicar que les corresponde la cirugía en ese Hospital, tienen dos años de estar en lista de espera y le van a realizar una cirugía a un paciente de otro hospital. Con esa situación le surge una pregunta de un tema que se conversó en la mañana, porque para apoyar el proyecto sólo se tiene los Hospitales Calderón Guardia y San Juan de Dios, porque los hospitales nacionales tienen la capacidad, el equipo, el personal y le gustaría que ese aspecto quede muy claro. No hay posibilidad de que ningún otro hospital regional, apoye el proyecto.

El Director Fallas Camacho manifiesta su preocupación, porque, eventualmente, las unidades médicas son independientes, pero la Caja es una sola, así que si un hospital tiene espacio, la decisión es que se ocupe, aunque se deben realizar los ajustes administrativos, para resolver asuntos de presupuesto, está de acuerdo, pero la observación del doctor Méndez, es de preocupación y no se puede pasar por alto. Entiende que la doctora Villalta hizo las verificaciones y, ahora, doña Marielos Alfaro acaba de ajustar, porque si se indica que no se está sacando la tarea, o que los hospitales nacionales no tienen tanto trabajo y tienen pacientes de dos en lista de espera, entonces, se complica la situación y hace pensar más bien en que se debe buscar otra solución. Ve la conveniencia de que se acerquen a los hospitales y se les pregunte si tienen algún problema, para no hacer las cirugías que tienen que hacer, para determinar cómo se resuelve, pero no aceptaría bajo ninguna circunstancia que si existe tiempo ocioso en los hospitales y hay pacientes esperando en otros hospitales, no se les pueda atender ahí. Inclusive, los mismos pacientes se mueven con cierta facilidad, sin que les corresponda mucho su área de atracción a otro hospital. Entiende el fenómeno de Cardiología del Hospital México, porque ahora se tiene esa preocupación, en el sentido de que surjan situaciones como la de cardiólogo del Hospital México. Cree en sugerencias que se han hecho, pero si el Hospital México no es capaz de resolver, van a quedar un poco ligados, quiere decir, que desde ya tienen que ir buscando una solución al problema, porque si se están indicando que si no tienen esa capacidad, hay que buscar una solución, o les dan más apoyo para definir de dónde consiguen lo que necesitan o buscan como le dan solución a este problema.

La doctora Sáenz Madrigal le solicita al Dr. Douglas Montero, que termine la presentación del Hospital México, y después quiere que los Miembros de la Junta Directiva terminen de analizar algunos temas a lo interno. Primero, analizar la situación del Hospital México, que es lo que se está presentando con su capacidad, con el análisis y con el ajuste que se les pidió y, luego, analiza algunos aspectos del tema.

La ingeniera Alfaro Murillo señala que de lo indicado por el Dr. Montero, se determina que, evidentemente, solo en los tres hospitales nacionales hay capacidad para atender el problema. Lo que indicó, fue en términos de que la demanda sobre este servicio, va en crecimiento acelerado; entonces, es una severa preocupación, porque un incremento fuerte en la demanda, así como una capacidad saturada de los centros hospitalarios que hoy no tienen la capacidad, o sea, se tiene un problema muy significativo entre manos.

Continúa el Dr. Montero Chacón y explica que con base en lo que se puede hacer ahora, la idea es hacer una cirugía los días miércoles o sábado, según las características de las emergencias u otras condiciones que suceden. Respecto del recurso humano, desde la vez pasada se había indicado que se requerían tres nuevas plazas de enfermería, para poder abrir un nuevo cubículo. En ese sentido, la Gerencia Médica instruyó para que se realice el estudio de las plazas y se tratará de resolver a la mayor brevedad posible.

Interviene la doctora Villalta Bonilla y señala que para el recurso humano, hay establecido un protocolo a nivel institucional, en términos de que el nivel local tiene que hacer el estudio, cuando lo presentan la Gerencia Médica lo valida, así como la Gerencia Administrativa.

Respecto de una inquietud del señor Loría Chaves, indica el Dr. Montero Chacón que son tres plazas para enfermera. La Junta Directiva giró una directriz, en términos de que toda plaza que se vaya a ocupar, en todos los casos se tiene que realizar un estudio. Aunque es evidente que hace falta la contratación de tres enfermeras, porque se va a abrir un cubículo nuevo, dado que existe la infraestructura y equipo, pero alguien tiene que darle seguimiento al cubículo según las normas de enfermería.

Continúa la doctora Villalta y señala que cuando se presentó el tema por primera vez y se solicitó que se habilitara un cubículo en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), se solicitaron las tres enfermeras y, ahora, se continuará operando igual y solo se van a aumentar los días miércoles y sábado.

El Dr. Méndez explica que la Unidad de Cuidados Intensivos que se tiene en este momento, es apta para operar corazón y la del Departamento de Medicina, porque esta Unidad cuenta con doce camas y tiene alrededor de un 30% ó 40% de ocupación, varía pero, generalmente, gran cantidad de pacientes de corazón, se ubican en esta Unidad. Destaca que uno de los principales problemas que tiene el Departamento de Medicina, es que no tienen dónde ubicar los pacientes de Medicina, porque el paciente cardiaco está ocupando las camas en Cuidados Intensivos. Existe un gran compromiso del personal de Cuidados Intensivos del Hospital México de darle continuidad al programa, así como la carta que presentó el Dr. Mauricio Artiñano, en la que se incluyó el tema y la situación de los cateterismos. De ahí la idea de habilitar un cubículo y aumentar la capacidad operativa de la Unidad de Cuidados Intensivos de Medicina, porque siempre está bastante llena.

Pregunta la doctora Sáenz Madrigal que de esas doce camas de Cirugía Cardíaca, cuántas se ocupan más o menos.

Responde el Dr. Méndez que cómo máximo se han llegado a tener, ocho pacientes de las doce camas y como mínimo, generalmente, se tiene uno o dos pacientes.

Respecto de una inquietud de la Dra. Sáenz Madrigal, señala el Dr. Montero que para tratar de calibrar la situación, o que se siga dando la oportunidad de ubicar más pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La doctora Sáenz señala que no queda claro el tema de las camas en la Unidad de Cuidados Intensivos, es decir, a una persona la operan, se tiene que trasladar a esa Unidad y ahí se requiere el tratamiento propio de una Unidad de esa naturaleza.

Aclara el Dr. Montero que depende de la condición del paciente, puede ser que su condición prevalezca por dos u ocho días y tenga que permanecer internado en esa Unidad.

El Director Barrantes Muñoz recuerda que en la sesión anterior, se hizo esta exposición y si más no recuerda, se solicitó que se presentara hoy nuevamente, por dos o tres aspectos. Primero, fue porque cuando se analizó el cuadro de costos, se determinó que el Anestesiólogo no se incorporó y le llama la atención ahora, porque se indica que se le puede dar un Anestesiólogo al Hospital San Juan de Dios si lo necesitara. Repite, en ese momento se indicó que el recurso humano era un Anestesiólogo más y no estaba incluido, en el cuadro de costos y el otro elemento que hacía falta, era estimar los costos con el impacto real que se producía, desde el punto de vista financiera, porque no estaba contemplando ese impacto producido en otros elementos, por ejemplo, aguinaldo, salario escolar, entre otros; o sea, ese aspecto de costos no estaba claramente estimado. El tercer elemento que citaba es que de acuerdo con lo que se está interpretando, ahora un supuesto de lo que se les planteó el jueves pasado, es que la expectativa era que se estaría contando con recursos humanos del Hospital San Juan de Dios y el Hospital Calderón Guardia. Le parece que en este momento se tendría que revisar, habría que hacer el ajuste de lo que significa no contar en este proyecto con esos recursos, no porque no puedan estar, pero para efecto de partir de lo que en este momento realmente es seguro, habría que ajustar el proyecto en esos términos, del impacto que se puede producir con los recursos que, exclusivamente, tiene el Hospital México, si ese Anestesiólogo que no se determina ahora, se tendría que incorporar.

Al respecto, señala la doctora Sáenz Madrigal que en teoría ese elemento, está incorporado en la propuesta, porque no se ha terminado con la presentación.

Continúa el licenciado Barrantes Muñoz y señala que lo mencionó, porque observó que se estaban solicitando tres plazas.

La doctora Sáenz resume que don Rolando Barrantes, lo que solicita que se haga énfasis es en los tres temas que estaban pendientes de la sesión pasada.

El Dr. Montero Chacón expone sobre el comportamiento del promedio diario de pacientes que ingresan a la lista de espera según los años. Por ejemplo, el año pasado disminuyó porque no

tenían capacidad quirúrgica. Recuerda que se tuvieron alrededor de seis meses con una disminución quirúrgica y este año todavía no se ha alcanzado. . El descenso puede obedecer en algún grado a la participación de los cirujanos en los procedimientos de los cateterismos. El problema es que todavía no se tiene suficiente histórico, en el tiempo de información de cuál es el comportamiento claro de la demanda. Cree que hay que estudiar más en el tiempo para conocer claramente los datos de la demanda, porque se tiene un pequeño sesgo, pero lo importante es que están anotando en la lista de espera, los pacientes que en la Consulta Externa se les indica que hay que operarlos, pero en ese sistema no se estaban registrando los pacientes que estaban internados en Cardiología, se tienen que operar y no fueron incluidos en la lista de espera, pero si en la producción.

La Dra. Villalta Bonilla señala que lo que pareciera, es que a medida que los pacientes van siendo más atendidos en angiografías o en cateterismo, algunos se están resolviendo de una vez. Esa situación es la que está sucediendo en los otros hospitales, por ejemplo, en el Hospital San Juan de Dios, se resuelve más por cateterismo que por cirugía.

A lo indicado por la Dra. Villalta indica el Dr. Montero que es muy probable, pero no se tiene total seguridad, no hay tanta información en el tiempo para tener certeza de qué es lo que está sucediendo. Destaca que con solo la capacidad que tiene el Hospital México para atender los pacientes y si, eventualmente, los Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia no les colaboran, la brecha se puede aumentar. Además, sobre los costos señala que en el proyecto está incluido el Anestesiólogo que no se había considerado la vez pasada. Los costos del proyecto por treinta días de que se hace cirugía, treinta días que representa treinta pacientes, comprendiendo del mes de mayo al de noviembre, para que en el mes de diciembre se realice una evaluación, el costo total sería de alrededor de ochenta y cinco millones de colones, solo en el aporte del Hospital México. Para concluir, indica como reflexión que este fenómeno de la Cirugía Cardíaca hay que estudiarlo muy bien y en general, en términos de cuál es la verdadera demanda total de la Institución y aclarar la información, porque hay datos que no están siempre claros. Se tiene el problema de que se están anotando pacientes, pero no se incluyen en la lista de espera, porque ingresaron casi como emergencia y esos pacientes se tienen que registrar con mayor claridad. Aclarar lo datos de los Hospitales Calderón Guardia y San Juan de Dios, para que se estandaricen. Conocer bien la demanda y desde esa perspectiva, hacer un plan para determinar si en el tiempo se alcanzan a solucionar los problemas cardíacos.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-4275-2015, firmado por la Gerente Médico, fechado 20 de abril del año 2015, que en adelante se transcribe, en lo pertinente, en forma literal:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica en atención de sus responsabilidades sobre la prestación de servicios de salud a la población Costarricense a nivel Institucional, elabora la presente propuesta para la resolución de la lista de espera de Cirugía Cardiovascular y Torácica del Hospital México, esto como parte del desarrollo de estrategias para la atención oportuna de los pacientes según la demanda de servicios y patologías determinadas como prioritarias de

atención, por su nivel de impacto en las Listas de espera y su incidencia en el desarrollo funcional de los pacientes portadores de esta patología.

La presentación estará a cargo del Dr. Douglas Montero Chacón, Director Médico, el Dr. Edwin Manuel Alvarado Arce, Jefe Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular y Dr. Omar Castillo Aldeano, Jefe de Clínica, todos del Hospital México, como equipo técnico que elaboro la propuesta a presentar.

ACCIONES

1. Propuesta para la resolución de la lista de espera de Cirugía Cardiovascular y Torácica del Hospital México, dentro de la cual se incorporó la información complementaria solicitada por los miembros de la Junta Directiva en la sesión N°8771 del 16 de abril del 2015 (adjunto).

RECOMENDACIÓN

La Gerencia Médica tomando en consideración que el perfil epidemiológico y el envejecimiento poblacional favorecen a una mayor incidencia de enfermedad coronaria y las valvulopatías, así como que el retraso en los procedimientos quirúrgicos aumentan el riesgo a complicaciones de la enfermedad y su complejidad, recomienda la aprobación del proyecto que aquí se presenta en aras de garantizar la atención oportuna y adecuada a la población que así lo requiera, logrando la satisfacción del interés público bajo el derecho a la salud y la vida que les ostenta”,

y la Junta Directiva, una vez realizada la presentación por parte del doctor Douglas Montero Chacón, Director del Hospital México sobre la Propuesta para la resolución de la lista de espera de Cirugía Cardiovascular y Torácica del Hospital México –por unanimidad- **ACUERDA:**

- 1) Aprobar la Propuesta para la resolución de la lista de espera de Cirugía Cardiovascular y Torácica del Hospital México, a fin de brindar los servicios asistenciales de forma oportuna y adecuada a la población, según los términos del documento que queda constando en la correspondencia de esta sesión.
- 2) Instruir a la Gerencia Financiera, para que realice los trámites presupuestarios correspondientes, para brindar el contenido económico para que permita ejecutar la propuesta aquí aprobada.
- 3) Instruir a la Gerencia Médica para que presente ante la Junta Directiva, informes trimestrales sobre los resultados obtenidos con la implementación de la propuesta aquí aprobada.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

Se retiran del salón de sesiones los doctores Montero Chacón, Méndez y Navarro Correa.

ARTICULO 27°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22.814-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 28°

ACUERDO PRIMERO: se tiene a la vista la consulta relacionada con el *Expediente N° 18.547 LEY DE GREACIÓN DEL CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD (originalmente denominado: Reforma Integral a la Ley de Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, No. 5347 del 3 de setiembre de 1973 y sus Reformas,* que se traslada a Junta Directiva por medio de la nota del 11 de febrero del 2015, N° PE.9448-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación fechada 10 de febrero del año en curso, número SD-74-14-15, suscrita por el Sr. Luis Alberto Vásquez Castro, Primer Secretario, Departamento Secretaría del Directorio de Asamblea Legislativa.

La Gerencia Médica externa criterio mediante el oficio N° GM-SJD-3971-2015 del 13 de abril del año 2015, y en virtud del análisis que corresponde hacer, a efecto de dar respuesta, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar al consultante un plazo de ocho días hábiles más para contestar.

ACUERDO SEGUNDO: se tiene a la vista la consulta que concierne al *Expediente número 19.446, Proyecto reforma integral de la Ley General de Centros de Atención Integral, N° 8017 del 29 de agosto del 2000,* que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota fechada 4 de marzo del presente año, número PE.24.759-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 4 de marzo anterior, número CAS-778-2015, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

La Gerencia Médica externa criterio que consta en el oficio N° GM-SJD-3970-2015 del 13 de abril del año 2015, y dado el análisis que corresponde hacer, a efecto de dar respuesta, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar al consultante un plazo de ocho días hábiles más para contestar.

ACUERDO TERCERO: se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente N° 19.270, Proyecto ley para erradicar el consumo de alcohol en los conductores de vehículos automotores,* que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota fechada 16 de abril del presente año, número PE.25.878-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 15 de los corrientes, número CJNA-953-2015, suscrita por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Juventud, Niñez y Adolescencia, de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el oficio firmado por la señora Gerente Médico N° GM-SJD-4317-2015 del 20 de abril del presente año, que literalmente se lee de este modo:

“La Gerencia Médica ha recibido en fecha 17 de abril del 2015, solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante, a fin de contar con

criterios técnicos respectivos según el protocolo institucional, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles, a fin de atender la consulta de forma integral.

El criterio correspondiente será presentado en la sesión del 07 de mayo del 2015”,

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de quince días hábiles más para responder.

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

ARTICULO 29°

Se ha recibido el oficio N° GA-22611-15, de fecha 22 de abril del año 2015, suscrito por el señor Gerente Administrativo, que en adelante se transcribe en forma literal y por medio del que remite el programa referente a la audiencia pública previa, en cuanto a concurso reestructuración del nivel central de la Caja:

“En línea con lo dispuesto en el artículo 16° de la sesión 8767, en el cual, habiéndose conocido la *“Propuesta para atención del Requerimiento de Junta Directiva Relativo a la reestructuración del nivel Central- Metodología para celebrar una audiencia previa-*”, ese Órgano Colegiado, solicitó proceder a organizar una audiencia pública con potenciales oferentes, tanto de los sectores público como privado.

Al respecto; es de importancia comunicar que la misma se llevará a cabo el próximo martes 28 de abril de los corrientes, a partir de las 8:30 horas en el Auditorio Guillermo Padilla Castro del CEDESO, ubicado en Barrio Vasconia, San José, frente a la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín”.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que si aquí lo que se quiere es acelerar la reestructuración de la Caja. Cree que es un tema que se tiene que tomar como un cuerpo colegiado y la responsabilidad no es solo de la administración, porque ese aspecto es una dirección política. Viene la audiencia pública que se está promoviendo para la contratación de la reestructuración. Se está cumpliendo con el tiempo del cronograma que se planteó, porque la contratación se realizará en el mes de mayo próximo y es lo que se espera. El proceso está avanzando. Conoce que estos tiempos generan mucha ansiedad de los Miembros de la Junta Directiva y, también, de la población, las redes sociales, el momento político. Le parece que la decisión de si la contratación va a constreñir el tiempo, es una decisión de Junta Directiva. Se aprobó un cronograma y se está respetando. Además, informa que el día martes es la audiencia pública y se está trabajando en la depuración de los términos de referencia para la reestructuración. Ese día es para escuchar las propuestas que se van a plantear, los participantes del concurso y, como lo indicó, que permitirá depurar los términos de referencia para hacer la contratación, es un paso necesario. Se va a realizar en el CEDESO, en Barrio Vasconia.

Interviene el licenciado Juan Luis Bermúdez y señala que el programa se repartió, habrán lugares de ubicación específicos para los Miembros de la Junta Directiva. En el caso de que hayan preguntas a las empresas, se estableció un mecanismo mediante una boleta, para que no se tenga que interactuar, ni se comprometan con las preguntas. Además, hay un documento que la Dirección de Comunicación ha preparado, con posibles preguntas que los medios les puedan realizar, si son abordados por la prensa. Se les hará llegar por correo con la información, para que se tenga en cuenta ese día, si van a participar del proceso.

A propósito, el Director Barrantes Muñoz señala que conste en actas, que en la Junta Directiva no se ha aprobado la compra de angiógrafo para ningún hospital en particular, lo que ha aportado es su voto a una propuesta, que tiene que presentar la Gerencia Médica de ampliación de las capacidades de respuesta que tenga la Institución, a la atención de la emergencia que se tiene con el tema de pacientes en lista de espera.

Aprovechando la aclaración de don Rolando Barrantes, señala la señora Presidenta Ejecutiva que debería de ser una propuesta de resolución integral, porque hay que preguntarse si se requiere solo un angiógrafo. Mejor dejarlo como una resolución integral, porque podrían ser dos o tres. Equipos los que se necesiten. Indica que lo analizará con la doctora Villalta, pero se quedó pensando en lo que indicó don Rolando Barrantes.

Se toma nota.

ARTICULO 30°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-22.814-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 31°

Se tiene a la vista la consulta que se refiere al *Expediente número 19.130, reforma de los artículos 88, 89, 90, 92, 94, 95, 97 y 139 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Previsión Social N° 1860 y sus reformas, 116 de la Ley Orgánica del Poder Judicial N° 7333, 101 del Código de la Niñez y la Adolescencia, 271, 272, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 397, 398, 401, 419 párrafo segundo, 430 inciso 7), 669 y 679 párrafo primero del Código de Trabajo Ley N° 2, de 27 de agosto de 1943 y sus reformas y se adiciona una nueva sección II y un artículo 681 bis al Capítulo XV del Título X de dicho cuerpo normativo. Créase un apartado de transitorios I y II.* Se traslada a la Junta Directiva mediante la nota fechada 19 de marzo del presente año, número PE.24.962-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 19 de marzo pasado, número CAS-784-2015, suscrita por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Financiera contenido en el oficio número GF-12.065-2015, de fecha 10 de abril en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“El presente documento contiene el criterio de la Gerencia Financiera, en relación con el texto dictaminado afirmativamente del proyecto de ley denominado ahora *“Reforma de los artículos*

88, 89, 90, 92, 94, 95, 97 y 139 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Prevención Social N.º 1860 y sus reformas, 116 de la Ley Orgánica del Poder Judicial N° 7333, 101 del Código de la Niñez y la Adolescencia, 271, 272, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 397, 398, 401, 419 párrafo segundo, 430 inciso 7), 669 y 679 párrafo primero del Código de Trabajo Ley N° 2, de 27 de agosto de 1943 y sus reformas y se adiciona una nueva sección II y un artículo 681 bis al Capítulo XV del Título X de dicho cuerpo normativo. Créase un apartado de transitorios I y II” y tramitado bajo el expediente N° 19.130.

I. ANTECEDENTES

a) En La Gaceta N° 120 del 24 de junio de 2014, la Asamblea Legislativa publica el proyecto de ley citado.

b) Mediante oficio CAS-730-2014 del 27 de noviembre de 2014, la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, consulta el proyecto a la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante CAJA).

c) Por oficio JD-PL-094-14 del 27 de noviembre de 2014, la Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva, solicita a la Gerencia Financiera, emitir criterio al respecto.

d) Mediante oficio GF-42.114-2014 del 08 de diciembre de 2014, dicha dependencia gerencial recomendó al ente jerárquico, oponerse a la iniciativa, toda vez que ésta contraviene el artículo 73 de la Constitución Política, al obligar a la institución a emitir normativa para hacer viable el sistema sancionador administrativo propuesto, debilitándose además la protección concedida mediante legislación especial a favor de la CAJA, para poner a derecho a los patronos y trabajadores independientes omisos en el cumplimiento de sus obligaciones en un proceso judicial, resultando éste un instrumento de coacción para los infractores. Dicha recomendación fue acogida por la Junta Directiva, según artículo 18 de la Sesión N° 8785 del 08 de enero de 2015.

e) Por oficio CAS-784-2015 del 19 de marzo de 2015, la Comisión de marras consulta a la institución el texto del Dictamen Unánime Afirmativo del citado proyecto y por oficio JD-PL-0009-15 del 23 de marzo de 2015, la Secretaría del ente jerárquico solicita de nuevo criterio a la Gerencia Financiera.

II. RESUMEN DEL PROYECTO

En la exposición de motivos del texto ahora propuesto, se indica que el mismo se basa en atención a las consideraciones emitidas por las diferentes dependencias consultadas, entre ellas la CAJA y además, como consecuencia de que en la corriente legislativa, existía otro proyecto de ley dirigido a modificar la normativa asociada a la Dirección de Inspección de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a saber el expediente N° 19.052.

En ese sentido, los Diputados Sandra Pizsk Feinzilber, Patricia Mora Castellanos y Jorge Rodríguez Araya, integrantes de la Comisión de Asuntos Sociales, llegaron al convencimiento de que existen muchos puntos de encuentro entre ambos proyectos, integrándose en un solo cuerpo normativo las diversas pretensiones, de conformidad con el principio de economía procesal legislativa, mismo

que cuenta con el Dictamen Unánime Afirmativo de dicha Comisión, según sesión ordinaria N° 44 del 17 de marzo de 2015.

Así las cosas, el nuevo texto propuesto pretende crear mecanismos tendientes a la imposición de las multas en sede administrativa, convirtiéndose en una de las principales herramientas con que cuenta la Inspección de Trabajo en el cumplimiento de su gestión.

De igual manera, se propicia mejorar normativas tendientes a incrementar el control interno en procesos administrativos, mediante la creación de un Registro de Infractores y reincidentes. Además, se les otorgan amplias facultades a los inspectores de trabajo, a fin de que realicen inspecciones en cualquier hora del día para verificar que las condiciones del centro de trabajo estén acorde con la normativa asociada y los convenios internacionales.

Asimismo, se indica que la modificación al artículo 92° de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo, resulta importante, por cuanto establece que una vez iniciado un procedimiento, la Inspección General de Trabajo velará porque sus inspectores no puedan dejarlo sin efecto, como garantía de transparencia en la gestión pública.

Se agrega, que la modificación del artículo 116° de la Ley Orgánica del Poder Judicial, se dirige únicamente a que en materia de trabajo los juzgados de menor cuantía conocerán de los procesos ordinarios de trabajo, cuyo monto no exceda de la suma fijada por la Corte Plena.

Igualmente, se modifica el artículo 101° del Código de la Niñez y la Adolescencia con la finalidad de actualizar las sanciones económicas, asociadas a las violaciones en las que incurra la parte empleadora de la población protegida por esa norma.

Aunado a lo anterior, las afectaciones del Código de Trabajo se armonizan con la Ley N° 9076 “Reforma Procesal Laboral”, en cuanto al nuevo articulado y se eliminó la reforma al artículo 268° y 272° del Código de Trabajo, que pretendía dotar al cuerpo de inspectores del Instituto Nacional de Seguros (INS) de las potestades conferidas a la Inspección General de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y que éstos impusieran las sanciones del artículo 271° ibídem.

Además, se establece que en los procesos en donde se originen las faltas que dispone la normativa laboral, serán de conocimiento en sede administrativa por la Inspección de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social o en vía judicial por los tribunales de trabajo.

Finalmente, se eliminó el Transitorio III, que obligaba a la CAJA a emitir en el plazo de seis meses posteriores a la publicación del proyecto, normativa para hacer viable su sistema sancionador, al pretender éste eliminar los procesos de infracciones en sede judicial, lo cual también es descartado en el texto dictaminado.

III. DICTAMEN TÉCNICO

Mediante oficio DI-0345-04-2015 del 06 de abril de 2015, la Licda. Odilíe Arias Jiménez, Directora de la Dirección Inspección, remite el siguiente criterio:

“...En lo atinente a materia de aseguramiento y fiscalización, se considera oportuno indicar lo siguiente:

1. Respecto de la modificación de los artículos 89 y 94 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, se considera que la propuesta no representa para el Servicio de Inspección un cambio significativo, toda vez que las facultades que se incluyen son semejantes a las establecidas en el artículo 20 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

2. Revisado el texto del dictamen afirmativo y en virtud de las modificaciones efectuadas para reformar los artículos 397 y 669 del Código de Trabajo (reformado mediante Ley 9076 Reforma Procesal Laboral), las cuales mantienen en vía judicial el juzgamiento de las infracciones a las leyes de previsión social, mismas que guardan concordancia con lo dispuesto en los artículos 53 y 54 de la Ley Constitutiva de la Caja, no se tienen objeciones al respecto.

Los cambios señalados contemplan la aplicación de las sanciones previstas en los artículos 44, 46 y 47 de la Ley Constitutiva de la Caja, en vía judicial, tal y como fue previsto para el caso particular de las infracciones contra las normas que regulan los seguros sociales administrados por la Institución...”. (Lo destacado no corresponde al original)

Asimismo, por nota conjunta ACEP-214-2015/AFP-212-2015 del 06 de abril de 2015, suscrita por su orden por la Licda. Alexandra Saborío Martínez, Jefe a.i. del Área de Control y Evaluación Presupuestaria y el Lic. Sergio Gómez Rodríguez, Jefe de Área de Formulación de Presupuesto, ambas dependencias de la Dirección de Presupuesto, se indica:

“...El proyecto de ley hace referencia a la Caja Costarricense de Seguro Social en los siguientes puntos:

- Artículo 90 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ley N° 1860:

Se agrega el siguiente texto:

“Los inspectores de trabajo informarán a las autoridades competentes de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros sobre cualquier violación que detecten a la legislación sobre seguridad social y riesgos del trabajo, sin perjuicio de sus competencias en esta materia y de los mecanismos de colaboración interinstitucional que lleguen a aplicarse”.

- Artículo 679 del Código de Trabajo, Ley N° 2:

Este artículo establece la distribución de las multas e intereses estipulados en el proyecto de ley. Dicha distribución no contraviene lo dispuesto en el artículo 56

de la Ley Constitutiva de la CCSS, el cual refiere a la distribución de las multas que ingresan a los fondos de la CCSS.

Considerando lo anterior, no se identifican en el proyecto de ley elementos que tengan incidencia en la gestión presupuestaria de la CCSS. Sin embargo, se hace la salvedad que como parte de la reforma al artículo 88 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo, el proyecto de ley estipula dentro de las funciones de la Inspección General de Trabajo el llevar un registro a través de una base de datos de las empresas e instituciones públicas que posean trabajadores, facultando la obtención de esta información a partir de los diversos registros institucionales de modo preferencial y libre de cualquier canon. Al respecto, se sugiere que en caso de existir costos asociados al suministro de esta información, los mismos deberían reconocerse a la institución que brinde el servicio...”.

IV DICTAMEN LEGAL:

Asimismo, mediante oficio CAIP-0221-15 del 10 de abril de 2015, la Licda. Silvia Elena Dormond Sáenz, Asesora de este despacho gerencial, rinde el siguiente criterio legal:

“...De la revisión del texto dictaminado, se colige que el mismo no contraviene los artículos 53 y 54 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante Ley Constitutiva), que disponen lo siguiente:

“...**Artículo 53.- Cuando la falta cometida implique perjuicio económico para la Caja, sin perjuicio de la sanción establecida administrativamente, el infractor deberá indemnizar a la Institución por los daños y perjuicios ocasionados y deberá, además, restituir los derechos violentados. Para ello, se adoptarán las medidas necesarias que conduzcan a esos fines y se procederá de conformidad con título VII, capítulo VII del Código de Trabajo.**

La certificación extendida por la Caja, mediante su Jefatura de Cobro Administrativo o de la sucursal competente de la Institución, cualquiera que sea la naturaleza de la deuda, tiene carácter de título ejecutivo, una vez firme en sede administrativa.

Las deudas en favor de la Caja tendrán privilegio de pago en relación con los acreedores comunes, sin perjuicio de los privilegios mayores conferidos por otras normas. Este privilegio es aplicable en los juicios universales y en todo proceso o procedimiento que se tramite contra el patrimonio del deudor. (Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero del 2000)” (Énfasis no corresponde al texto original).

“Artículo 54.- Cualquier persona podrá denunciar ante la Caja o sus inspectores, las infracciones cometidas contra esta ley y sus reglamentos. En los procesos que se tramiten para el juzgamiento de faltas contra la presente ley y sus reglamentos, **los tribunales de trabajo** deberán tener siempre como parte a la Caja, a la cual se le dará traslado de la acción en su Dirección Jurídica. Bastará

para probar la personería con que actúan los abogados de la institución, la cita de La Gaceta en que se haya publicado su nombramiento...” (Énfasis no corresponde al texto original).

Asimismo, tampoco dicha iniciativa lesiona la aplicación de las sanciones previstas en los artículos 44, 46 y 47 de la Ley Constitutiva, que señalan:

“...Artículo 44.- Las siguientes transgresiones a esta ley serán sancionadas en la siguiente forma:

a) Será sancionado con multa equivalente al cinco por ciento (5%) del total de los salarios, remuneraciones o ingresos omitidos, quien no inicie el proceso de empadronamiento previsto por el artículo 37 de esta ley, dentro de los ocho días hábiles siguientes al inicio de la actividad.

b) Será sancionado con multa equivalente al monto de tres salarios base, quien:

1.- Con el propósito de cubrir a costa de sus trabajadores la cuota que como patrono debe satisfacer, les rebaje sus salarios o remuneraciones.

2.- No acate las resoluciones de la Caja relativas a la obligación de corregir transgresiones a la presente ley o sus reglamentos, constatadas por sus inspectores en el ejercicio de sus funciones. Las resoluciones deberán expresar los motivos que las sustentan, el plazo concedido para enmendar el defecto y la advertencia de la sanción a que se haría acreedor el interesado, de no acatarlas.

3.- No deduzca la cuota obrera mencionada en el artículo 30 de esta ley, no pague la cuota patronal o que le corresponde como trabajador independiente.

c) Será sancionado con multa de cinco salarios base quien no incluya, en las planillas respectivas, a uno o varios de sus trabajadores o incurra en falsedades en cuanto al monto de sus salarios, remuneraciones, ingresos netos o la información que sirva para calcular el monto de sus contribuciones a la seguridad social.

De existir morosidad patronal comprobada o no haber sido asegurado oportunamente el trabajador, el patrono responderá íntegramente ante la Caja por todas las prestaciones y los beneficios otorgados a los trabajadores en aplicación de esta ley. En la misma forma responderán quienes se dediquen a actividades por cuenta propia o no asalariada, cuando se encuentren en estas mismas situaciones.

Sin perjuicio de lo dicho en el párrafo anterior, la Caja estará obligada a otorgar la pensión y proceder directamente contra los patronos responsables, para reclamar el monto de la pensión y los daños y perjuicios causados a la Institución. El hecho de que no se hayan deducidos las cuotas del trabajador no exime de responsabilidad a los patronos. La acción para reclamar el monto de la pensión es imprescriptible e independiente de aquella que se establezca para demandar el reintegro de las cuotas atrasadas y otros daños y perjuicios ocasionados.

(...)

Artículo 46.- *Será sancionado con multa de cinco salarios base, el patrono que despida a sus trabajadores o tome represalias de cualquier clase contra ellos, para impedirles demandar el auxilio de las autoridades encargadas de velar por el cumplimiento y la aplicación de la presente ley o sus reglamentos.*

(...)

Artículo 47.- *Será sancionado con multa de cinco salarios base el encargado de pagar los recursos ordenados por esta ley, que se niegue a proporcionar los datos y antecedentes considerados necesarios para comprobar la corrección de las operaciones, oponga obstáculos infundados o incurra en retardo injustificado para suministrarlos... ”.*

Aunado a lo anterior, el proyecto de ley ahora propuesto y dictaminado, descarta excluir en sede judicial los procesos de infracciones contra incumplimientos a la normativa laboral y seguridad social, eliminándose el Transitorio III, que imponía a la institución, la obligación de emitir normativa para hacer viable su sistema sancionador, en los seis meses posteriores a la publicación de la ley, lo cual contravenía el artículo 73 de la Constitución Política.

Como corolario de lo citado, el Transitorio II del nuevo texto, dispone que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, deberá emitir dentro del plazo de veinticuatro meses contados a partir de la publicación de la ley que se pretende, las reglamentaciones para hacer viable la implementación del régimen sancionatorio e imposición de multas en sede administrativa.

De igual manera, en la modificación del párrafo primero del artículo 679 del Código de Trabajo, respecto a que las multas e intereses originados por infracciones a las leyes de trabajo, se cancelarán en uno de los bancos del sistema bancario nacional a la orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, se agrega que lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, sobre las multas por infracciones contra la legislación sobre seguridad social y las multas por infracciones previstas en el título cuarto del citado código.

No obstante lo anterior, y considerando lo dispuesto por la Dirección de Presupuesto, referente a la reforma del artículo 88 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo, en relación con la función de la Inspección General de Trabajo de llevar un registro a través de una base de datos de las empresas e instituciones públicas que posean trabajadores, en la cual se le faculta la obtención de esta información a partir de los diversos registros institucionales de modo preferencial y libre de cualquier canon, se sugiere indicar en dicho numeral, que en caso de existir costos asociados al suministro de esta información, los mismos deberían reconocerse a la institución que brinde el servicio.

En ese sentido, se sugiere modificar la redacción del párrafo segundo del numeral supracitado, en los siguientes términos:

“...Artículo 88 (...)

*Debe llevar un registro a través de una base de datos con información desagregada por sexo y otras variables (edad, etnia, nacionalidad u otras) de las empresas e instituciones públicas que posean trabajadores, pudiendo obtener la información de diversos registros institucionales con preferencia, **debiendo reconocer a la institución que brinde el servicio, los costos asociados al suministro de la información requerida...**”. (Lo destacado es propio)*

(...)

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

a) La modificación de los artículos 89 y 94 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, no representan para el Servicio de Inspección un cambio significativo, toda vez que las facultades que se incluyen para los inspectores de trabajo, son semejantes a las establecidas en el artículo 20 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

b) Se mantiene en vía judicial el juzgamiento de las infracciones a las leyes de previsión social, mismas que guardan concordancia con lo dispuesto en los artículos 44, 46, 47, 53 y 54 de la Ley Constitutiva.

c) Se elimina el Transitorio III, que imponía a la institución, la obligación de emitir normativa para hacer viable su sistema sancionador, en los seis meses posteriores a la publicación de la ley, lo cual contravenía el artículo 73 de la Constitución Política.

d) Se sugiere modificar el párrafo segundo del artículo 88 de la iniciativa, en los siguientes términos:

“...Artículo 88 (...)

*Debe llevar un registro a través de una base de datos con información desagregada por sexo y otras variables (edad, etnia, nacionalidad u otras) de las empresas e instituciones públicas que posean trabajadores, pudiendo obtener la información de diversos registros institucionales con preferencia, **debiendo reconocer a la institución que brinde el servicio, los costos asociados al suministro de la información requerida...**”. (Lo destacado es propio)....*

Con base en los dictámenes técnico-legales emitidos por la Gerencia Financiera, se recomienda contestar la audiencia conferida por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, referente al proyecto de la ley denominado “*Reforma de los artículos 88, 89, 90, 92,*

94, 95, 97 y 139 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Prevención Social N.º 1860 y sus reformas, 116 de la Ley Orgánica del Poder Judicial N° 7333, 101 del Código de la Niñez y la Adolescencia, 271, 272, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 397, 398, 401, 419 párrafo segundo, 430 inciso 7), 669 y 679 párrafo primero del Código de Trabajo Ley N° 2, de 27 de agosto de 1943 y sus reformas y se adiciona una nueva sección II y un artículo 681 bis al Capítulo XV del Título X de dicho cuerpo normativo. Créase un apartado de transitorios I y II” y tramitado bajo el expediente N° 19.130, en los siguientes términos ...”.

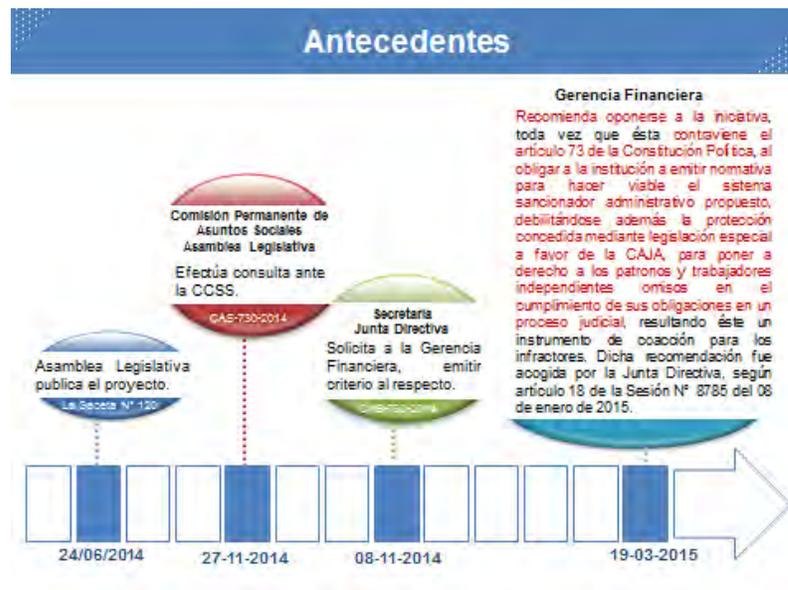
La presentación está a cargo de la licenciada Dormond Sáenz, con el apoyo de las siguientes láminas:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Financiera

“Reforma de los artículos 88, 89, 90, 92, 94, 95, 97 y 139 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Prevención Social N.º 1860 y sus reformas, 116 de la Ley Orgánica del Poder Judicial N° 7333, 101 del Código de la Niñez y la Adolescencia, 271, 272, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 397, 398, 401, 419 párrafo segundo, 430 inciso 7), 669 y 679 párrafo primero del Código de Trabajo Ley N° 2, de 27 de agosto de 1943 y sus reformas y se adiciona una nueva sección II y un artículo 681 bis al Capítulo XV del Título X de dicho cuerpo normativo. Créase un apartado de transitorios I y II”

Expediente N° 19.130
16 de abril, 2015.

- 2)



3)

Objetivo y proponentes

Pretende crear mecanismos tendientes a la imposición de las multas en sede administrativa, convirtiéndose en una de las principales herramientas con que cuenta la Inspección de Trabajo en el cumplimiento de su gestión.

Propicia mejorar normativas tendientes a incrementar el control interno en procesos administrativos, mediante la creación de un Registro de Infractores y reincidentes a las normas laborales

DIPUTADOS:

Sandra Pliszi Felzliber (PLN); Ana Patriola Mora Castellanos (PFA); Ronny Monge Salas (PLN); Marta Arauz Mora (PLN); Carlos Hernández Álvarez (PFA), Carmen Quesada Santamaría (PML) y Jorge Rodríguez Araya (PUSC).

4)

Conclusiones

La modificación de los artículos 89 y 94 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, no representan para el Servicio de Inspección un cambio significativo, toda vez que las facultades que se incluyen para los inspectores de trabajo, son semejantes a las establecidas en el artículo 20 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Se mantiene en vía judicial el juzgamiento de las infracciones a las leyes de previsión social, mismas que guardan concordancia con lo dispuesto en los artículos 44, 46, 47, 53 y 54 de la Ley Constitutiva.

Se elimina el Transitorio III, que imponía a la institución, la obligación de emitir normativa para hacer viable su sistema sancionador, en los seis meses posteriores a la publicación de la ley, lo cual contravenía el artículo 73 de la Constitución Política.

5)

Conclusiones

Se sugiere modificar el párrafo segundo del artículo 88 de la iniciativa, en los siguientes términos:

* ...Artículo 88 (...)

Debe llevar un registro a través de una base de datos con información desagregada por sexo y otras variables (edad, etnia, nacionalidad u otras) de las empresas e instituciones públicas que posean trabajadores, pudiendo obtener la información de diversos registros institucionales con preferencia, **debiendo reconocer a la institución que brinde el servicio, los costos asociados al suministro de la información requerida...** (Lo destacado es propio)...



6) Propuesta Acuerdo Junta Directiva.

7) Propuesta acuerdo de Junta de Junta Directiva:

Conocido el oficio CAS-784-2015 del 19 de marzo de 2015, firmado por la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, mediante el cual se efectúa consulta respecto al texto dictaminado afirmativamente del proyecto de ley denominado ahora “Reforma de los artículos 88, 89, 90, 92, 94, 95, 97 y 139 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Prevención Social N.º 1860 y sus reformas, 116 de la Ley Orgánica del Poder Judicial N° 7333, 101 del Código de la Niñez y la Adolescencia, 271, 272, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 397, 398, 401, 419 párrafo segundo, 430 inciso 7), 669 y 679 párrafo primero del Código de Trabajo Ley N° 2, de 27 de agosto de 1943 y sus reformas y se adiciona una nueva sección II y un artículo 681 bis al Capítulo XV del Título X de dicho cuerpo normativo. Créase un apartado de transitorios I y II”, tramitado bajo el expediente N° 19.130 y con fundamento en las consideraciones y criterios vertidos por las instancias técnicas y legales de la Gerencia Financiera, contenidos en el oficio **GF-12.065-2015** del 10 de abril de 2015, la Junta Directiva **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante, que la institución **no se opone** al Dictamen Unánime Afirmativo del proyecto de ley, dado que su contenido y alcances, guardan concordancia con lo dispuesto en los artículos 44, 46, 47, 53 y 54 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y artículo 73 de la Constitución Política. No obstante, se sugiere modificar el párrafo segundo del artículo 88 de la iniciativa, en los siguientes términos:

“... Artículo 88 (...)

Debe llevar un registro a través de una base de datos con información desagregada por sexo y otras variables (edad, etnia, nacionalidad u otras) de las empresas e instituciones públicas que posean trabajadores, pudiendo obtener la información de diversos registros institucionales con preferencia, **debiendo reconocer a la institución que brinde el servicio, los costos asociados al suministro de la información requerida....”**,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Silvia Dormond Sáenz, Asesora de la Gerencia Financiera y con fundamento en las consideraciones y criterios vertidos por las instancias técnicas y legales de la Gerencia Financiera, contenidos en el citado oficio N° GF-12.065-2015 y con la recomendación del Gerente Financiero, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante que la Institución **no se opone** al dictamen unánime afirmativo del Proyecto de ley, dado que su contenido y alcances, guardan concordancia con lo dispuesto en los artículos 44, 46, 47, 53 y 54 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y Artículo 73 de la Constitución Política.

No obstante, se sugiere modificar el párrafo segundo del artículo 88 de la iniciativa, en los siguientes términos:

“... Artículo 88 (...)

*Debe llevar un registro a través de una base de datos con información desagregada por sexo y otras variables (edad, etnia, nacionalidad u otras) de las empresas e instituciones públicas que posean trabajadores, pudiendo obtener la información de diversos registros institucionales con preferencia, **debiendo reconocer a la institución que brinde el servicio, los costos asociados al suministro de la información requerida ...”.***

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 retira del salón de sesiones la licenciada Dormond Sáenz.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable.

ARTICULO 32°

Se presenta el oficio N° GF-12.201-15, de fecha 14 de abril del año 2015, firmado por el Gerente Financiero que contiene la propuesta para renovación póliza todo riesgo daño físico 2015.

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

- D) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Financiera
Propuesta de Renovación Póliza
“Incendio Todo Riesgo”
2015-2016

Abril 2015.

II)

Antecedentes: Artículo 8, Sesión N° 8136 del 01 de marzo del 2007

Junta Directiva aprobó la suscripción por parte de la institución de la póliza denominada **“Todo Riesgo”**



Programa de Mejoramiento Continuo de Riesgos

Los ingenieros del INS y del Subárea Gestión del Aseguramiento efectúan visitas anuales a las unidades escogidas aleatoriamente a nivel nacional, que permiten implementar medidas orientadas al control y disminución de riesgos en que se ven expuestas las unidades

III)

Montos expuestos, tarifa y primada pagada en la Póliza Todo Riesgo 2007-2014

Anualmente se han aprobado las suscripciones de la póliza con el



Periodo	Monto expuesto	Prima	Tarifa
2007-2008	\$1,014,361,719	\$2,161,497.7	0.21%
2008-2009	\$1,026,523,415.7	\$2,044,118.2	0.20%
2009-2010	\$1,270,487,113.4	\$2,258,405.1	0.18%
2010-2011	\$1,363,462,586.1	\$2,316,883.6	0.17%
2011-2012	\$1,403,086,062.7	\$2,075,866	0.15%
2012-2013	\$1,410,599,955.7	\$2,080,084.6	0.15%
2013-2014	\$1,553,545,243	\$2,267,243.9	0.15%
2014-2015	\$1,824,904,189.1	\$2,557,748	0.14%



IV)

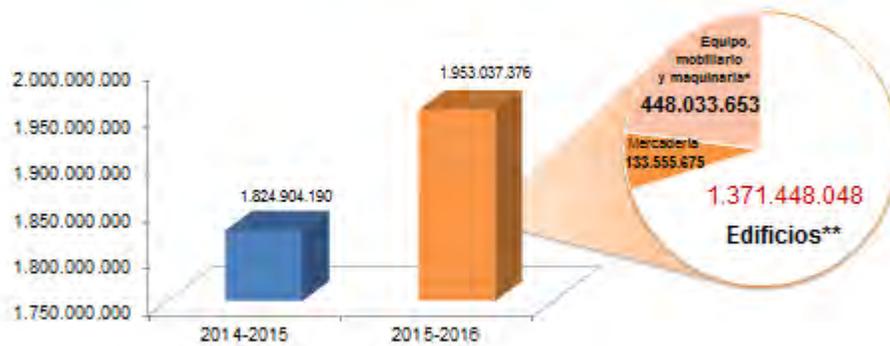


V)



VI)

Monto expuesto periodo de la póliza "Todo Riesgo" -En dólares-



Notas:

- * Incluye actualización de los costos de maquinaria y el equipo médico en general.
- ** Incluye edificios nuevos recibidos en este periodo

VII)

Valor expuesto periodo 2015- 2016

Valor expuesto 2014- 2015
\$1,824,904,189.09

Edificaciones
\$ 1,371,448,048.00

Equipo, maquinaria y Mobiliario
\$ 448,033,653.19



(Incluye edificios nuevos recibidos en este periodo)



(Incluye actualización de los costos de maquinaria y el equipo médico en general)

Mercadería
\$ 133,555,675.08



= Valor expuesto 2015 - 2016
\$1,953,037,376.27

VIII)

Comparación de la oferta 2015 -2016 con la póliza actual

Criterio	Póliza Actual	Ofertas 2015-2016	
Monto Expuesto	\$1,824,904,190	\$1,953,037,376	
Prima	\$2,557,748	Opción N° 1 (Anual)	Opción N°2 (Bianual) ✓
		\$2,787,933.71	\$5,387,106.42 (\$2,693,553.21 por año) ✓
Tarifa	0,14%	0.142%	0.137%
Primera Pérdida	\$200,000,000.00		

IX) Dictamen técnico:

Informe presentado por el Área Administración y Aseguramiento de Bienes visible al oficio AAAB-85-15/SGAB-153-15 del 3 de marzo del 2015 suscrito por la Licenciada Auxiliadora Villalta Gómez, Jefe de Área Administración y Aseguramiento de Bienes y la Licda. Sileny Espinoza Acosta, Jefe Subárea Gestión del Aseguramiento, donde recomienda la renovación de la póliza con el Instituto Nacional de Seguros en su opción 2 (bianual).

X) Recomendación:

De conformidad con los antecedentes citados y con vista en el oficio DFC-0365-15 del 5 de marzo del 2015 suscrito por el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable, el oficio AAAB-85-15/SGAB-153-15 del 3 de marzo del 2015 suscrito por la Licenciada Auxiliadora Villalta Gómez, Jefe de Área Administración y Aseguramiento de Bienes y la Licda. Sileny Espinoza Acosta, Jefe Subárea Gestión del Aseguramiento, la Gerencia Financiera recomienda la renovación de la Póliza 02-01-INM-126 Todo Riesgo con las condiciones establecidas en la opción 2, opción bianual que abarca el período 1 de mayo del 2015 al 30 de abril del 2017 bajo las siguientes condiciones.

- Aumentar el valor expuesto a \$1.953.037.376,27 que incluye la totalidad de los edificios, equipos, mobiliario, maquinaria y mercadería de la Institución.
- Aprobar el pago de la prima por \$5.387.106,42, cancelando \$2.693.553,21 en el año 2015 y \$2.693.553,21 en el año 2016.

XI) Propuesta acuerdo Junta Directiva.

XII) Propuesta acuerdo Junta Directiva.

Con base en las consideraciones precedentes, teniendo a la vista el oficio DFC-0365-15 del 5 de marzo del 2015 suscrito por el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable, el Informe Técnico presentado con el oficio AAAB-85-15/SGAB-153-15 del 3 de marzo del 2015 suscrito por la Licenciada Auxiliadora Villalta Gómez, Jefe de Área Administración y Aseguramiento de Bienes y la Licda. Sileny Espinoza Acosta, Jefe Subárea Gestión del Aseguramiento, y la recomendación de la Gerencia Financiera contenida en el oficio GF-12.201, del 14 de abril del 2015, la Junta Directiva **ACUERDA:**

XIII) Propuesta acuerdo Junta Directiva.

ACUERDO PRIMERO: Aprobar la renovación bianual de la Póliza 02-01-INM-126 Todo Riesgo para el período 1 de mayo 2015 al 30 de abril del 2017, por un monto total \$5.387.106,42, con una prima a cancelar de \$2.693.553,21 en el año 2015 y \$2.693.553,21 en el año 2016. La suscripción de la citada Póliza, incluye un aumento del valor expuesto a \$1.953.037.376,27 cubriendo la totalidad de los edificios, equipos, mobiliario, maquinaria y mercadería de la Institución.

La Gerencia Financiera tramitará lo correspondiente para la asignación de los recursos económicos necesarios para hacerle frente a las erogaciones que se derivan de esta renovación para los períodos 2015-2016 y 2016-2017.

Respecto de una consulta del Director Loría Chaves, señala el Gerente Financiero que el 0.14% se aplica sobre el monto cubierto, es decir, sobre el monto expuesto que es el valor de los edificios, equipos, entre otros. En ese sentido, es lo que se está cobrando a la Institución, pero originalmente hace siete años era de un 7.21% y dentro del proceso de mejora, también de los riesgos y la negociación se ha disminuyendo a un 0.14%.

En cuanto a una pregunta de la Directora Soto Hernández, tendiente a conocer si esa póliza cubrió el incendio del Hospital Dr. Calderón Guardia, responde el Lic. Picado Chacón que no, porque el incendio del Hospital Calderón Guardia sucedió en el año 2005 y esta póliza, se viene suscribiendo del año 2007 en adelante.

Ante la consulta del Director Devandas Brenes en términos de quien hace la valoración de esos activos más material, el Gerente Financiero indica que con los registros que se tienen, es decir, al Instituto Nacional de Seguros (INS), se le presenta lo que se tiene registrado como activos, mercaderías y mobiliarios en el Sistema de Activos y Valoración que se tiene en cada Unidad de Trabajo. En ocasiones, se realizan supervisiones de algunas instalaciones que, eventualmente, podrían ser que no cumplen ciertas condiciones, para cobrarlas contra incendio o contra alguna situación. En algún momento se han tenido casas, por ejemplo, la de la Gerencia de Pensiones, a la cual se le debe hacer correcciones y ajustes, para que sea un valor asegurable.

En relación con una inquietud del Dr. Devandas Brenes, indica el Lic. Picado Chacón que en ese sentido, se contempla todo lo correspondiente a las disfunciones que hay y los eventos catastróficos que son de fuerza mayor, no previsible y los incendios y explosiones, así como derrame de líquidos, entre otros. Además, como acciones que no se relacionen con la gestión normal de mantenimiento; en esos términos, eventualmente, no hay pago. Si una máquina por la falta de mantenimiento o por la falta de control que se tenga, pueda sufrir algún daño la póliza no

cubre en esos casos. Como ilustración, los daños ocasionados por el terremoto de Puntarenas, fueron cubiertos por la póliza y se han venido suscribiendo algunos finiquitos con el INS.

Pregunta el Dr. Devandas Brenes si la Institución obtuvo alguna ganancia al tomar la póliza bianual.

Responde el Gerente Financiero que hay un descuento, si la póliza se toma bianual, de manera que la recomendación va a ser porque la póliza que se suscriba sea bianual. Porque si se toma la anual, la tarifa sería de un 0.142%, correspondiente a dos millones setecientos ochenta y siete mil dólares y si se toma la bianual, cobran dos millones seiscientos noventa y tres mil dólares, el ahorro es de alrededor cien mil dólares por año, pero hace que la tarifa pagada no sea de un 0.142% sino de un 0.137%.

En cuanto a una inquietud de don Mario Devandas tendiente a conocer que significa primera pérdida, el Lic. Gustavo Picado indica que es el monto que como máximo el INS cubriría, en el caso de que todos los edificios, todos los activos y todas las mercaderías tuvieran algunos de los riesgos que se están planteando.

El Director Barrantes Muñoz consulta que si hay algún tipo de requerimiento o exigencia que deba cumplir la Institución, para efecto que ante un evento de riesgo que pueda suceder, la Institución esté expuesta a que no se le aplique debidamente la póliza.

Responde el Gerente Financiero que desde el aseguramiento de los nuevos edificios, hay una serie de condiciones que se deben cumplir, para que el INS los valore como asegurables. En ese sentido, se indica que hay algunas casas o edificaciones, que por la acometida eléctrica o por situaciones especiales, el INS pide un plan remedial. En el caso de Puntarenas, se han producido discusiones internas respecto de la aplicación de las pólizas y de los gastos en que se incurre, por ejemplo, los gastos del traslado de pacientes, que todavía están en un proceso de conciliación, porque inicialmente no se contemplaron,

En cuanto a una inquietud del licenciado Barrantes Muñoz, señala el Lic. Picado Chacón que hay un trabajo en las áreas de administración y aseguramiento de bienes y la coordinación que se realiza, con los niveles locales que son responsables de establecer los planes remediales.

Interviene el Lic. Guardia Rodríguez y señala que hay una Comisión Bipartita, integrada por ingenieros del INS, entonces, con el personal de la Caja y del INS visitan todo el país, cuando se encuentra que, eventualmente, se puede producir un incendio o una situación de peligro, obligan a la Caja a un plan remedial, entonces, se le solicita al director del hospital que lo elabore, con todos los efectos correspondientes para que se corrija el tema eléctrico, por ejemplo, y una vez que se corrija y el INS le da visto bueno, el bien queda asegurado en el 100%.

El Auditor señala que si se observa el comportamiento del monto expuesto, en un período de siete años, del año 2007 a la proyección de los años 2015-2016, se ha duplicado. Pregunta si se han analizado los criterios que considere el INS, para duplicar el monto expuesto. Por otro lado, si se ha duplicado el monto expuesto, por qué la cobertura en ese período también se ha mantenido y se está haciendo referencia a un monto que no es en colones sino en dólares.

Sobre el particular, indica el Lic. Gustavo Picado que don Iván Guardia puede complementar el tema, pero se relaciona con la inversión que se ha hecho, por ejemplo, un hospital como el de Heredia, el monto por cubrir en la póliza es por más de ciento cincuenta millones de dólares, inicialmente, no contemplados y la renovación del equipo que se ha producido en los últimos años. Ha hecho que, evidentemente, tiene un crecimiento acelerado sobre todo entre los años 2013-2014, por un monto de alrededor de trescientos millones de dólares adicionales de inversión, infraestructura y equipo, debido a que se ha hecho una gran inversión. El otro tema extremo, es de los doscientos millones de dólares, en aquella situación en la que todos los edificios, activos y todas las mercaderías, pudieran tener una situación especial, una catástrofe y que la pérdida sea total, pero es un monto de referencia, si se quiere elevar el monto de doscientos a trescientos millones de dólares, a una situación que la probabilidad es básicamente cero, el INS lo que hace es cobrar una tarifa que se estableció en 0.14% y cobrará un 0.20% ó 0.25%; a modo de ilustración, asegurar un carro contra un choque con un avión. El INS asegurará solo por lo que va a cobrar una prima elevada, es un poco la lógica o la explicación práctica, del por qué aun cuando se aumentan los doscientos millones de dólares sigue siendo un referente.

El Lic. Iván Guardia refiere que la primera vez que se aprobó esa póliza, fue por cien millones de dólares y la diferencia de cien millones de dólares a doscientos millones era muy poca, pero superior a doscientos millones de dólares, parecía que el costo era muy elevado, sin embargo, se presentó un trabajo de siniestralidad que se había hecho con la Comisión Nacional de Emergencia y los doscientos millones de dólares alcanzaban, en términos de que si todos los hospitales rurales sufrían una catástrofe y se perdía todo, quedaban cubiertos con los doscientos millones de dólares, o un evento tan catastrófico, como ilustración, que el Hospital México se derrumbe, así como los Hospitales Calderón Guardia y San Juan de Dios. Ese es el análisis de siniestralidad que se realiza y se demostró, que si no se adquiría esa póliza, eventualmente, se podría gastar mucho presupuesto para pagarle al INS, si ocurre un evento en Golfito o, como el que sucedió en Nicoya, con los doscientos millones de dólares se podrían pagar todas las instalaciones, tanto de activos, como mercadería y cubre también los servicios. De modo que si no se adquiría esa póliza, era tener que invertir un elevado monto del presupuesto, en tener que pagar una prima muy elevada, cuando las probabilidades sísmicas apuntaban que, eventualmente, podrían suceder grandes eventos y no en San José sino en el área rural. Ese fue el fundamento de las razones técnicas que se dieron en ese momento, para tomar esa decisión que hasta el día de hoy se mantiene.

La Directora Alfaro Murillo acota que cuando don Gustavo Picado indica que la Caja, se economiza como cien mil dólares por año, si se contrata la póliza bianual, significa pagar los cinco millones ahora.

El Gerente Financiero señala que no, se paga la prima de este período y el otro año, se cancela la segunda parte.

Agrega el Lic. Iván Guardia que son dos pagos, este año y el segundo el otro año; además, de los cien mil millones de dólares, se tiene algo más que se gana, porque los activos nuevos del Hospital de Nicoya, no se tiene que pagar prima todavía, es decir, todo lo nuevo que la Caja haga de aquí al año entrante, no se va a cobrar más del millón novecientos mil dólares, no solo se ahorran los cien mil millones de dólares de ahora, sin que se realizan cuatro pagos, dos este año y

dos el año entrante, sino que además, se están ganando todo lo correspondiente a la prima de los equipos nuevos que la Caja adquiriera al año 2016, que son miles de millones de colones.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio N° GF-12.201-15, fechado 14 de abril del año en curso que firma el Gerente Financiero y que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“I. Antecedentes

En el artículo 8 de la sesión N° 8136 del 1 de marzo del 2007, la Junta Directiva aprobó la suscripción por parte de la institución de la póliza denominada “Todo Riesgo”, la cual cubre los edificios en que se desarrollan los servicios institucionales, así como el contenido de los mismos (Hospitales, Clínicas, Área de Salud, EBAIS y Oficinas Administrativas, la maquinaria, mobiliario y equipo de oficina, médico, mercadería), contra los daños producidos por Riesgos Catastróficos como terremoto, deslizamiento, inundaciones, tornados, tormenta eléctrica y Riesgos No Catastróficos, como incendio, explosiones, derrame de líquidos, entre otros, incluyendo rotura de maquinaria, calderas y equipo electrónico.

Desde que se dio la apertura del mercado de seguros y con el fin de determinar que se cumpla con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, el Área de Administración y Aseguramiento de Bienes, ha realizado todos los años un estudio de mercado considerando todas aquellas aseguradoras inscritas en la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) que ofrecen este tipo de Seguro de Todo Riesgo. No obstante, únicamente el Instituto Nacional de Seguros ha cumplido a cabalidad con los requerimientos de la Institución, tanto en condiciones de cobertura, deducibles, beneficios, como en el precio.

Gracias a los beneficios que durante ocho renovaciones ha otorgado el INS, se ha podido desarrollar un Programa de Mejoramiento Continuo de Riesgos, en conjunto con los ingenieros del INS y del Subárea Gestión del Aseguramiento, en el cual constan visitas anuales a las unidades escogidas aleatoriamente a nivel nacional, gestión que permite implementar medidas orientadas al control y disminución de riesgos en que se ven expuestas las unidades.

El cuadro adjunto, describe el monto expuesto y la primada pagada

Cuadro 1.
Montos expuestos, % de tarifa y primada pagada en la Póliza Todo Riesgo
2007-2014

PERIODO	MONTO EXPUESTO	PRIMA	% TARIFA
2007-2008	\$1.014.361.719.00	\$2.161.497.69	0.213%
2008-2009	\$1.026.523.415.72	\$2.044.118.19	0.199%
2009-2010	\$1.270.487.113.42	\$2.258.405.05	0.177%
2010-2011	\$1.363.462.586.13	\$2.316.883.59	0.169%
2011-2012	\$1.403.086.062.72	\$2.075.866.00	0.148%
2012-2013	\$1.410.599.955.72	\$2.080.084.57	0.147%
2013-2014	\$1.553.545.243,00	\$2.267.243.93	0.145%
2014-2015	\$1.824.904.189,09	\$2.557.748,00	0.140%

II. Aspectos relevantes para la renovación 2015

Para la renovación de la póliza correspondiente al período 2015-2016, se consideraron los siguientes aspectos:

Artículo 7 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N° 8653 del 22 de julio del 2008 que dice:

“El Estado ejercerá la actividad aseguradora por medio del INS y las sociedades anónimas que establezcan entre bancos públicos y el INS. En virtud del principio de unicidad del Estado, tanto el Gobierno central como las demás instituciones del Sector Público, reconocen al INS como la única empresa de seguros del Estado. Para ello, el Estado contratará directamente con el INS todos los seguros necesarios para la satisfacción de sus necesidades, siempre que el INS ofrezca condiciones más favorables considerando prima, deducible, cobertura y exclusiones, así como la calidad del respaldo financiero y respaldo de reaseguro”.

Criterio C-132-2010 del 6 de julio del 2010 donde la Procuraduría General de la República analiza el artículo 7 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y en cuya conclusión 5 señala:

“5) Para estos efectos, el término Estado comprende no solo los tres Poderes del Estado y sus órganos desconcentrados sino también las instituciones estatales y empresas públicas estatales”.

Oficio PE-2010-0972 del 9 de agosto del 2010 de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de Seguros que indica:

“... el Instituto Nacional de Seguros le garantiza al Estado y sus instituciones que en última instancia siempre ofrecerá la mejor oferta del mercado, no solo en precio, sino en coberturas, deducibles y servicios, y en ese sentido (...) cualquier oferta de cualquier entidad privada será mejorada”.

Criterio SJ-9101-2008 del 18 de noviembre del 2008 de la Dirección Jurídica que indicó:

“Los artículos 7 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, 2 inciso b de la Ley de Contratación administrativa, permiten a la administración contratar la suscripción de pólizas directamente con el INS, en el tanto que esa institución ofrezca las mejores condiciones respecto a las demás aseguradoras que están habilitadas para brindar el servicio.

No obstante, si para el momento en que la Administración debe comenzar a tramitar la renovación de las pólizas actuales, procede a realizar un estudio de mercado previo con las aseguradoras proveedoras del servicio requerido que haya en el país, y verifica que hay mejores opciones a contratar que el INS, lo correcto es que se tramite una contratación concursada, en atención a las reglas de Contratación Administrativa

vigentes, según el artículo 27 de la Ley de Contratación Administrativa, entre otros criterios a considerar”.

Con los elementos anteriores se solicitaron cotizaciones para la renovación de la póliza período 2015-2016 a las aseguradoras registradas ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE): MAPFRE, ASSA Compañía de Seguros, Compañía de Seguros LAFISE de Costa Rica S.A., Oceánica de Seguros S.A., Instituto Nacional de Seguros, con los siguientes resultados

- MAPFRE, ASSA y Compañía de Seguros LAFISE de Costa Rica S.A., no dieron respuesta a la solicitud de cotización.
- La aseguradora Oceánica de Seguros S.A. indicó que por falta de recursos no presentaban oferta.
- El INS cotizó dos opciones: **prima anual y prima bianual**.

III) Monto expuesto para la actualización de la Póliza Todo Riesgo

Para el periodo 2014-2015, el monto expuesto fue de \$1.824.904.189,00. Por su parte para el periodo 2015-2016 se estableció un monto expuesto de \$1.953.037.376,27, lo cual representa un incremento de \$ 128.133.187,18, con respecto al período 2014-2015. Dicho incremento corresponde a la inclusión de nuevos edificios, así como a la actualización de los costos del equipo, maquinaria y mercadería.

En el siguiente cuadro se muestra la distribución del monto expuesto según rubro

Cuadro 2.
Desglose del monto expuesto en la Póliza
2015-2016

Concepto	Monto
Edificios	\$1.371.448.048,00
Mercadería	\$133.555.675,08
Equipo, mobiliario y maquinaria	\$448.033.653,19
Total monto expuesto	\$1.953.037.376,27

IV) Análisis de la oferta del INS

La propuesta recibida por el INS está compuesta por dos opciones:

- Opción 1 propone una renovación **anual** por un monto anual de \$2.787.993,71.
- Opción 2 propone una renovación **bianual** por un monto total de \$5.387.106,42 (\$2.693.553,21 por año).

CRITERIO	OPCION 1 (Anual)	OPCION 2 (Bianual)
Monto expuesto	\$1.953.037.376,27	\$1.953.037.376,27
Primera pérdida	\$200.000.000,00	\$200.000.000,00
PRIMA:	\$2.787.993,71	\$5.387.106,42 (\$2.693.553,21 por año)
TARIFA		
Opción 1 (Anual)	0.142%	0.137%
Opción 2 (Bianual)		
Deducible catastróficos	eventos 2% de la suma asegurada del rubro afectado de la ubicación afectada, mínimo \$ 45.000	2% de la suma asegurada del rubro afectado de la ubicación afectada, mínimo \$ 45.000

CRITERIO	OPCION 1 (Anual)	OPCION 2 (Bianual)
Deducible otros riesgos	USD 1.000.000 toda y cada pérdida. Excepto para ubicaciones con valores inferiores a USD 2.000.000 para las cuales aplica USD 10.000	USD 1.000.000 toda y cada pérdida. Excepto para ubicaciones con valores inferiores a USD 2.000.000 para las cuales aplica USD 10.000
Condiciones de la oferta	No siniestros más que los reportados a la fecha de aceptación. El costo de los edificios es a valor convenido según tipologías constructivas del Ministerio de Hacienda.	

Con respecto al respaldo financiero y de reaseguro que ofrece el INS, mediante el oficio DCC-00878-2015, el INS certifica el índice de calidad de cada uno de los reaseguradores.

Con la oferta del INS quedan cubiertos todos los edificios, equipos, maquinaria, mobiliario y mercadería de la CCSS bajo la modalidad de Primera Pérdida a valor convenido, con el adicional de una serie de coberturas y sub-límites que generan coberturas especiales, de importante valor agregado para la Institución.

V) Comparación de la oferta del INS con el aseguramiento actual

A continuación se presenta un cuadro comparativo de las condiciones principales de la póliza vigente y la propuesta para el periodo 2015-2016. Comparación de las condiciones actuales y propuestas en los dos escenarios

CRITERIO	PÓLIZA ACTUAL	OFERTAS 2015-2016			
Condiciones que han variado					
Monto Expuesto	\$1.824.904.189,09	\$1.953.037.376,27			
Prima	\$2.557.748,00	Opción 1		Opción 2	
		Anual	Diferencia	Bianual	Diferencia
		\$2.787.993,71	\$230.245,71	\$5.387.106,42 (\$2.693.553,21 por año)	\$135.805,21
Tarifa	0,140%	0.142%	0.002%	0.137%	-0.003%
Condiciones que se mantiene sin cambios					
Primera Pérdida	\$200.000.000,00	\$200.000.000,00			
Deducible Otros Riesgos	\$1.000.000,00 toda y cada pérdida, excepto para las ubicaciones menores de US \$2.000.000,00 aplica US \$10.000,00				
Deducible Eventos Catastróficos	2% de la suma asegurada del rubro afectado de la ubicación afectada, mínimo de US \$45,000.				

Del análisis del cuadro anterior, se destacan los siguientes aspectos.

- i) Para la renovación del período 2015-2016 el monto expuesto aumenta en \$ 128.133.187,18 el cual se sustenta en la inclusión de nuevos edificios, así como a la actualización de los costos del equipo, maquinaria y mercadería.
- ii) La opción 2 representa una prima anual por un monto de \$2.693.553,21 por período, sea 2015-2016 y 2016-2017, ya que esta opción es bianual; el cual es más beneficioso en términos económicos con respecto a la opción 1 y se adapta a las condiciones requeridas para el aseguramiento del patrimonio institucional.
- iii) Al considerar esta opción bianual, si se mantuviera un índice de siniestralidad por debajo del 30%, de acuerdo con las condiciones establecidas por el INS, aun cuando se incrementara el Monto Expuesto para el segundo año, esto no implicaría un aumento de la tarifa.
- iv) Por lo tanto, considerando los argumentos expuestos en relación con las condiciones brindadas, la prima, la tarifa y la tendencia de crecimiento del monto expuesto, es evidente que la opción que ofrece las mayores ventajas para la institución es la opción 2 (**opción bianual.**)

V) Dictamen técnico

Informe presentado por el Área Administración y Aseguramiento de Bienes visible al oficio AAAB-85-15/SGAB-153-15 del 3 de marzo del 2015 suscrito por la Licenciada Auxiliadora

Villalta Gómez, Jefe de Área Administración y Aseguramiento de Bienes y la Licda. Sileny Espinoza Acosta, Jefe Subárea Gestión del Aseguramiento, donde recomienda la renovación de la póliza con el Instituto Nacional de Seguros en su opción 2 (bianual)

VI) Conclusiones

- i. A pesar de que se solicitaron cotizaciones a 05 empresas aseguradoras, únicamente el INS respondió a tiempo y en forma, por lo cual se convierte en el único proveedor con interés y capacidad suficiente, para asumir la Póliza Incendio Todo Riesgo de la CCSS.
- ii. Una vez analizada la propuesta del INS, se concluye que la misma responde a los requerimientos de la institución.
- iii. En cuanto a la calidad del respaldo financiero y de reaseguro, el INS certifica que los reaseguradores que soportan los riesgos son de primer orden y que presentan calificaciones A+, A- y BBB, y el INS con una calificación a Nivel Nacional de AAA según de la calificadora Fitch Ratings 09-2014 y calificación A- a nivel Internacional con la evaluadora AM Best del 02-2013 (aún vigente).
- iv. La oferta del INS que mejor se adapta a los requerimientos previstos por el Área Administración y Aseguramiento de Bienes para el contrato de la Póliza Incendio todo Riesgo es la **opción 2 Bianual**, ya que con esta oferta quedan cubiertos todos los edificios, equipos, maquinaria, mobiliario y mercadería de la CCSS bajo la modalidad de Primera Pérdida a valor convenido, con el adicional de una serie de coberturas y sub-límites que generan coberturas especiales, de importante valor agregado para la Institución, además de que tanto la tarifa, como la prima anual son las más económicas.

VII) Recomendación

De conformidad con los antecedentes citados y con vista en el oficio DFC-0365-15 del 5 de marzo del 2015 suscrito por el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable, el oficio AAAB-85-15/SGAB-153-15 del 3 de marzo del 2015 suscrito por la Licenciada Auxiliadora Villalta Gómez, Jefe de Área Administración y Aseguramiento de Bienes y la Licda. Sileny Espinoza Acosta, Jefe Subárea Gestión del Aseguramiento, la Gerencia Financiera recomienda la renovación de la Póliza 02-01-INM-126 Todo Riesgo con las condiciones establecidas en la opción 2, opción bianual que abarca el período 1 de mayo del 2015 al 30 de abril del 2017 bajo las siguientes condiciones.

- Aumentar el valor expuesto a \$1.953.037.376,27 que incluye la totalidad de los edificios, equipos, mobiliario, maquinaria y mercadería de la Institución.
- Mantener la cobertura de \$ 200 millones.
- Aprobar el pago de la prima por \$5.387.106,42, cancelando \$2.693.553,21 en el año 2015 y \$2.693.553,21 en el año 2016”,

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte del señor Gerente Financiero, teniendo a la vista el oficio número DFC-0365-15 del 5 de marzo del 2015, suscrito por el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable, el Informe Técnico presentado con el oficio número AAAB-85-15/SGAB-153-15, del 3 de marzo del año 2015, firmado por la licenciada Auxiliadora Villalta Gómez, Jefe de Área Administración y Aseguramiento de Bienes, y la Licda. Sileny Espinoza Acosta, Jefe Subárea Gestión del Aseguramiento, y con la recomendación de la Gerencia Financiera contenida en el mencionado oficio N° GF-12.201, del 14 de abril del año 2015, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar la renovación bianual de la Póliza 02-01-INM-126 Todo Riesgo para el período 1° de mayo del año 2015 al 30 de abril del año 2017, por un monto total US\$5.387.106,42 (cinco millones trescientos ochenta y siete mil ciento seis mil dólares con cuarenta y dos centavos), con una prima por cancelar de US\$2.693.553,21 (dos millones seiscientos noventa y tres mil quinientos cincuenta y tres dólares con veintiún centavos) en el año 2015 y US\$2.693.553,21 (dos millones seiscientos noventa y tres mil quinientos cincuenta y tres dólares con veintiún centavos) en el año 2016.

La suscripción de la citada Póliza incluye un aumento del valor expuesto a **\$1.953.037.376,27** la totalidad de los edificios, equipos, mobiliario, maquinaria y mercadería de la Institución.

La Gerencia Financiera tramitará lo correspondiente para la asignación de los recursos económicos necesarios, para hacer frente a las erogaciones que se derivan de esta renovación para los períodos 2015-2016 y 2016-2017.

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 retira del salón de sesiones el licenciado Guardia Rodríguez.

ARTICULO 33°

El señor Gerente Financiero presenta el informe en relación con la deuda del Estado con la Caja, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

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

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Financiera
Avances
Atención de la Deuda del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social, según Resolución N°0909-2014
Abril 2015.

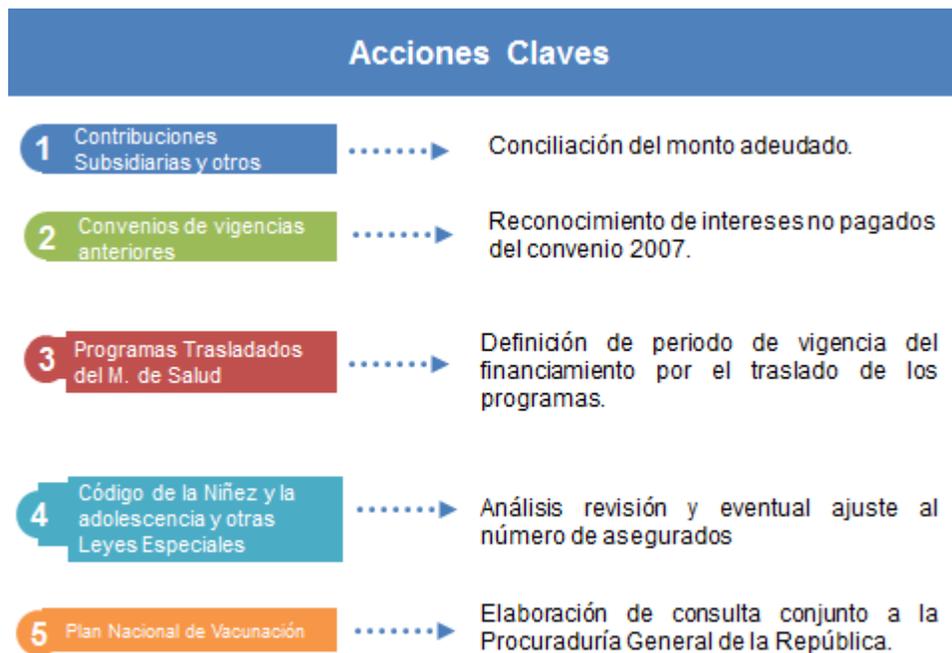
ii)



iii)



iv)



v)



vi)



El Gerente Financiero explica que en las últimas fechas se ha ido logrando establecer lo que podrían ser los lineamientos generales para un convenio entre la Caja y el Estado. No son acuerdos definitivos, sino más bien una propuesta de lineamientos donde se ha logrado construir una solución para el pago de la deuda del Estado con la Caja. Recuerda que hay una resolución del mes de agosto del año 2014, donde se forma un equipo técnico institucional Caja–Ministerio de Hacienda, del Ministerio de Hacienda forman parte el Lic. José Pacheco, Viceministro de Hacienda y la Licda. Marta Cubillo, Tesorera Nacional y de parte de la Caja, están nombrados el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Financiero Contable y él, en su calidad de Gerente Financiero. Luego, se conformó un equipo de tareas técnicas con una serie de personas que trabajan más la metodología, los montos y los procesos, entre otros aspectos. Además, de las principales actividades que se han venido desarrollando, tales como son el abordaje de aspectos metodológicos de cada una de las obligaciones del Estado pendientes de pago, se elaboraron perfiles o prospectos de cada tipo de obras para explicar cuál era el norma, cuál era la metodología, qué era lo que se tenía registrado, cuáles bases de datos los sustentan, cómo se estiman los pagos que se tienen que hacer. Ha sido un proceso que después también se integró con un análisis de los diferentes criterios técnicos que se tienen de ambas partes, respecto de estas obligaciones. Indica que explicará los cinco componentes de estas obligaciones y algunos de ellos se han venido registrando como una cuenta por cobrar, pero que el Ministerio de Hacienda no la tiene registrada. Ese aspecto no produce ningún problema, sino que también han emitido algunos criterios jurídicos en su momento, donde tenían posiciones respecto de estas obligaciones y el tercero que es la explicación, es en el sentido de que se ha venido diseñando, unos lineamientos generales para lo que sería, eventualmente, la suscripción de un convenio de pago de la deuda del Estado. Destaca que cuando se hace referencia de esa la deuda, el registro contable es por un monto de setecientos sesenta y ocho mil millones de colones, lo que se hay que preguntar es y cuáles son los componentes y siempre se ha insistido, en que los componentes

que están incluidos, son no tradicionales en general, porque las cuotas obrero-patronales y cuotas de otra naturaleza y aportaciones el Estado, las ha venido cumpliendo desde hace algunos años. Existen algunos pagos sobre las contribuciones subsidiarias y otras que son cuota del Estado como tal, cuota complementaria de trabajadores independientes, voluntarios y convenios colectivos, la deuda correspondiente a un monto de alrededor de diecisiete mil seiscientos treinta y siete millones de colones y que incluye esos conceptos. Hay otro componente que corresponde a convenios de vigencia anterior, lo cual significa que en principio se había acordado como tales y del Convenio del año 2007, están pendientes de pago por alrededor de setenta y siete mil millones de colones y, fundamentalmente, son por el recálculo o el ajuste de intereses que no se habían tomado en cuenta, en el momento de que se recibieron los pagos del año 2007. Hubo un período en el que se suscribe el convenio en el año 2007, el primer pago, por ejemplo, se realizó en el año 2008 y durante ese período, no se toma en cuenta los intereses de lo que ese principal derivó y, en ese sentido, existen pendientes. Después se tomó un acuerdo de la Junta Directiva, se revirtió el pago principal, por lo que hay un convenio del año 2007 pendiente de pago, por un monto de alrededor de setenta y siete mil millones de colones. Del convenio del año 2011, por la metodología que se utilizó, más bien el Ministerio de Hacienda tiene un saldo a favor, el cual se está conciliando por un monto de alrededor de catorce mil millones de colones. Hay unos intereses correspondientes al convenio del año 2011, que el Ministerio de Hacienda no aceptó y están en litigio por un monto de alrededor de dieciséis mil seiscientos sesenta y tres millones de colones y en primera instancia en los Tribunales, la Caja ha ganado la posición que, efectivamente, tienen que ser reconocidos; dado que existía una cláusula que si las partes no se ponían de acuerdo, el Ministerio de Hacienda lo podía llevar el asunto a un Tribunal. En el convenio del año 2007 se firmó, no había conciliación de las partes y en ese momento el acuerdo quedó abierto, en el sentido de que el Ministerio de Hacienda podía ir a gestionar judicialmente, y como no hubo acuerdo, gestionaron el caso ante los Tribunales de Justicia. De modo que el tema está resuelto en lo judicial, pero el asunto en primera instancia, siguió resuelto a favor de la Caja. El convenio del año 2003, firmado por un pequeño remanente de cinco mil ciento ochenta y tres millones de colones. El tercer componente, son los costos derivados del traslado de los Programas del Ministerio de Salud a la Caja, que son alrededor de doscientos noventa millones de colones.

Respecto de una inquietud del Director Devandas Brenes, señala el Gerente de Pensiones que, efectivamente, esos intereses del convenio correspondiente al año 2011, están autorizados y corresponden a dieciséis mil millones de colones y son las sumas que están en litigio. De manera que cuando se dicte la sentencia y de ser a favor de la Institución, en el momento, se realiza el cálculo de los intereses por el no pago en el momento. Por otra parte, respecto de la deuda pendiente del convenio del año 2003, por alrededor de cinco mil millones de colones pendientes, se debe a que los períodos de pagos de algunos convenios se establecieron en períodos relativamente largos, son montos que ya estaban conciliados, que están acordados y lo que faltaría es simplemente que se efectúe el pago.

El Dr. Devandas Brenes reitera su pregunta sobre el convenio del año 2003.

Interviene el Lic. Iván Guardia y responde que las deudas del año 2003, corresponde a los convenios de los empréstitos, por ejemplo, para construir un hospital. Son convenios de largo plazo, porque el Gobierno asume una deuda para pagar con los créditos externos, como ilustración, los empréstitos que hicieron con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de

Desarrollo (BID). Lo que el Estado hace es que le pagan a la Caja, los recursos ingresan en el presupuesto, la Caja le paga al Organismo Internacional y la deuda se empieza a rebajar. El saldo está al día, no existe ningún convenio con atraso en el pago. A modo de ejemplo, en el mes de marzo, el Estado le canceló a la Caja en efectivo, siete mil ochocientos millones de colones y con ese pago, cumplieron con el convenio del año 2011.

Continúa el Gerente Financiero y señala que la deuda, además, incluye el costo de los programas trasladados del Ministerio de Salud a la Caja, a mediados de los años 90, hoy en día asciende a noventa y cuatro mil millones de colones, después de que la deuda se ha registrado durante 18 años. Por otro lado, existen deudas por el Programa del Código de la Niñez y Adolescencia y Otras Leyes Especiales, por un monto de alrededor de trescientos setenta y un mil millones de colones. Finalmente, la deuda correspondiente a la Ley de Vacunación por alrededor de cuarenta y cuatro mil millones de colones del período 2003-2013 y todavía está pendiente el registro contable, en ese sentido, no se determina en la contabilidad y cuando se hace referencia del total de la deuda, se indica sobre cuatro componentes que hoy llega a setecientos sesenta y tres mil millones de colones.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación del por qué, se ha registrado el costo de la vacunación.

El Lic. Picado Chacón responde que cuando se plantee el diseño de la posible solución en estas deudas, porque las dos partes han acordado que existen dudas respecto de lo que define la Ley Nacional de Vacunación, en términos del financiamiento que le corresponde a cada parte y se ha considerado pertinente, no registrarlos para no falsear el estado financiero y esperar el criterio de la Procuraduría General de la República sobre esos montos.

El Director Loría Chaves manifiesta su preocupación, dado que existen partes de la deuda donde la Caja y el Estado no llegan a acuerdo y han pasado muchos años. No es lo mismo una deuda de hace un año, dos y tres años, a la de hace diez años y, todavía, las partes no llegan a un acuerdo. Se refiere concretamente al punto tres, traspaso de los Programas del Ministerio de Salud a la Caja. Le parece y quisiera solicitar el criterio jurídico sobre la posibilidad y la conveniencia de ir a establecer un contencioso administrativo por este rubro. Considera que es lo más conveniente para ambas partes, incluso, hasta para el Gobierno, de manera que un Contencioso Administrativo ordene, a estar en una situación de que hay un reconocimiento o existe una discrepancia de la conceptualización del traslado de los Programas del Ministerio de Salud a la Caja. Repite, ve la conveniencia de que la Junta Directiva valore la posibilidad de establecer un procedimiento Contencioso Administrativo con este tema.

Sobre el particular, el Gerente Financiero señala que el tema de esa deuda se ha estado trabajando, pero el listado por setecientos sesenta y ocho mil quinientos dieciocho millones de colones registrados y cuarenta y tres mil setecientos noventa y dos millones de colones pendientes de registro y, después, las acciones claves en cada uno de los componentes, serán explicados más adelante.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y manifiesta una duda en cuanto a la aplicación del artículo 177 Constitucional, en el que establece una disposición en términos de que la Caja facturará al Estado, los montos necesarios producto del mandato de la universalización de los

servicios de salud, con el fin de poder cumplirlo. Es una norma abierta, pero que no se relaciona con un monto determinado, de manera que sería la Caja la que tendría que realizar el accionar para hacer ese cobro. Pregunta si en algún momento de la historia, ese proceso se ha hecho, se ha dejado de hacer o se está haciendo en este momento.

Al respecto, señala el Lic. Picado que cuando termina la presentación, el tema quedará más claro y, luego, de ser necesario se devolverán a la presentación.

Continúa el Lic. Picado y menciona que las contribuciones subsidiarias y otras que corresponden al primer componente, por alrededor de diecisiete mil quinientos millones de colones, aquí la acción clave es una conciliación del monto adeudado y hay grupos técnicos dedicados a ese proceso. No hay una discrepancia ni jurídica, ni de ningún tipo, simplemente, es un trabajo que debe realizar la parte técnica. En los convenios de vigencias anteriores, el tema clave es el reconocimiento de intereses no pagados del convenio correspondiente al año 2007, es fundamental, y lo demás es lo que está pendiente, hay un cobro que está en litigio y otros están en empréstitos que se están liquidando. En el programa del traslado de los servicios del Ministerio de Salud a la Caja, el tema clave es la definición del período de vigencia del financiamiento por ese traslado, en esos términos hay una discusión, porque algunas personas consideran que hay un período crítico de financiamiento y otras que creen que el financiamiento debe ser de manera permanente; sin embargo, la búsqueda de la negociación que se tiene, es un punto que debe dejar satisfecha a ambas partes. Sobre el tema del Código de la Niñez y de la Adolescencia y Leyes Especiales, lo que se quiere es analizar, revisar y, eventualmente, ajustar el número de asegurados cubiertos por esas Leyes. La Auditoría Interna ha hecho estudios respecto de la calidad de la información que se genera, porque procede desde las unidades de los EBAIS; en ese sentido, se ha realizado un trabajo de depuración, de manera que el monto se ha registrado sustentado en cierta información, por ejemplo, con el número de asegurado; pero también se ha venido depurando y el trabajo, no es un tema que sea reconocido por el Ministerio de Hacienda, en ese sentido, está pendiente la depuración de la base de datos. En el Plan Nacional de Vacunación, básicamente, es elaborar una consulta de la Junta Directiva a la Procuraduría General de la República, para que determine lo que la Ley establece, porque es bastante difusa, parece que indica que el Estado y Caja, pero falta definir en qué porcentajes se tiene la participación. Para el del Ministerio de Salud que es fundamental la visión, es que existe la Ley N° 7374 del año 1993, que fundamenta el traslado de los Programas del Ministerio de Salud hacia la Caja, a partir de fechas que pudieran tener alguna pequeña aberración, pero del año 1995 al 2001 se realizó el traslado de los Programas y muy visualizados, con el traslado de alrededor de 1.600 funcionarios que trabajaban para el Ministerio de Salud y, después, para la Caja. Entre el año 2008 y 2015 se viene registrando esa deuda con una metodología específica, pero lo importante es que existe en principio, un reconocimiento desde el Ministerio de Hacienda y de la Caja, de que lo relacionado con el Ministerio de Salud y la Caja hay que reconocer un monto. La discrepancia entre las funciones jurídicas de la Caja y las del Ministerio de Hacienda, es que ese Ministerio ha emitido criterios indicando que había que reconocer un monto específico pero en un tiempo determinado, porque había un período de transición y crítico, básicamente, sin establecer una fecha, en algún momento se indicó que cinco años, es decir, la Caja asumió los programas y cinco años después, la Caja tuvo que incluirlos en el Presupuesto Institucional y considerarlos como parte de su gestión ordinaria. Internamente, se ha tenido una posición en el sentido de que el tema no tiene una conclusión definitiva y lo otro, es que ese préstamo como tal, se terminará de pagar en el año 2018, es un asunto que se determina como información útil,

porque es el monto en que el préstamo que dio y ahí concluiría. Dentro del proceso que se ha hecho con el Ministerio de Hacienda, que se ha visualizado para tratar de atender esta situación, es que las partes puedan fijar técnica y jurídicamente, que el período crítico del plazo es el último pago del préstamo con el Banco Mundial. Cuando se ha hecho referencia de que, eventualmente, el último pago de este concepto, podría estar asociado con la misma vigencia del préstamo y que la fuente de financiamiento, del traslado de los servicios del Ministerio de Salud a la Caja, de esta forma que está aquí, concluya en ese momento, porque es parte de la posición que tiene el Ministerio de Hacienda pero, adicionalmente, y esa fue otra conversación que se tuvo, en el sentido de que si se lograra llegar a definir una fecha de vigencia última, de ese tipo de reconocimiento, por lo menos en principio, el Ministerio de Hacienda ha estado de acuerdo que a partir de cierto momento, se ha indicado una fecha, por ejemplo, el año 2015, que la cuota del Estado como tal está en un 0.25%, el Ministerio de Hacienda tiene una posición favorable a que a partir de cierto año y durante ciertos períodos, la cuota del Estado como tal vaya evolucionando del 0.25%, progresivamente, al menos al 1.25%. Ese aspecto se indicó para graficar, pero se tendrían que hacer los estudios actuariales con las posibilidades que se tengan. Ahí lo que sería es que la forma de financiar el primer nivel de atención, en lugar de seguir haciéndolo por este mecanismo, porque existen dudas y discusiones, sobre hasta dónde se debería llegar, se suspendería en algún momento, pero se pasaría a un financiamiento mucho más directo, más sencillo porque ese es el 0.25% que se calculó sobre todos los aportes. Además, tiene una ventaja y es que recupera parcialmente el aporte del Estado, que en algún momento había estado en 3.25% y se disminuyó a un 0.25% y aquí pasaría de 0.25% a un 1.25%. Lo menos es 1.25%, lo mismo sucede con el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (R IVM) que va de 0.25% a 1.25% más o menos, en veinticinco años y ese aspecto parece muy sano porque, además, redefine el papel que desempeña el Estado financiando el Primer Nivel de Atención. Metodológicamente es muy sencillo, se toman las masas salariales y se le calcula el complemento que es 0.25% y, además, se tiene un mensaje que el Estado está recuperando lo que en algún momento estuvo, en un 3.25% y, progresivamente, lo va a llevar a una posición que puede ser de un 1.25% en un mínimo o mayor, es ahí donde se está en el punto de encontrar el acuerdo. Lo que don José Luis Loría planteaba, es en el sentido de que se debe buscar la forma de darle un plazo final al traslado de Programas del Ministerio de Salud a la Caja, bajo esta lógica y que se muevan todos a cierto período que se tendría que justificar, pero después no se queden sin financiamiento, sino que se encuentre una fuente complementaria. Esos aspectos cuando se han conversado, finalmente el Ministerio de Hacienda lo determina bien, les parece aceptable y es un acuerdo central y fundamental para la Caja.

El Director Devandas Brenes pregunta si se podría negociar, por ejemplo, que se vaya aumentando la cuota y que durante un plazo el aumento de esa cuota, sirva para amortizar deudas anteriores, es un aspecto que le podría servir al Estado y a la Caja. No esperarse a que se limpie la deuda, para que se defina la cuota. Si el Estado está de acuerdo en ir aumentando la cuota, hay que dejar claro, que no tiene que estar de acuerdo, porque es una facultad de esta Junta Directiva y si el Órgano Colegiado decide aumentarla se hace, pero se debe considerar el realismo político, en el sentido de que es prudente una negociación, por esa razón pregunta esa opción y si se ha valorado.

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que ese tema ya se trabajó. Como trabajarlo técnicamente y jurídicamente hay que ajustarlo, pero cuando se indicó que una vez que estuviera resuelto el asunto, como se va a enfrentar desde un plan de pagos. Se indicó que los diecisiete

mil millones de colones, correspondientes a las contribuciones subsidiarias y otros, pueden ser en efectivo, porque es una primera fuente de financiamiento. Una segunda es el préstamo del Banco Mundial, por alrededor de diecisiete millones de dólares, en el cual se ha venido avanzando, positivamente, y el Ministerio de Hacienda la ha venido proponiendo desde hace algún tiempo. El monto restante que no sea efectivo, ni préstamo del Banco Mundial, lo que se estableció lo siguiente, que sea por la emisión de títulos valores, que tengan un plazo total de pago de diez años, lo que puede significar es que los títulos valores se emitan hoy, por la totalidad de la deuda y se cierre la deuda hoy, pero que el último título venza a diez años y los vencimientos sean bianuales, por ejemplo, que sean de los años 2016-2018-2020, para no tener todo un vencimiento en el año 2020, ni tener que ir al mercado a vender un título valor, pero que esos recursos adicionales, que se estiman en alrededor de mil millones de dólares, se pacten para el financiamiento que se denominaría el Plan de Inversión de Equipamiento e Infraestructura de zonas de alta prioridad. De manera que se establezca un compromiso, en el sentido de que esos mil millones de dólares, no se incluyan dentro del flujo corriente del presupuesto institucional, sino que vayan directamente a la inversión y en mejorar el equipamiento y la infraestructura de las zonas de alta prioridad, de manera que se fije una discusión metodológica sobre el tema. El Estado se asegura de que la inversión no se asigne para beneficios o pagos salariales, entre otros, y la Caja durante cinco años o diez años, podría tener un flujo de recursos para producir impacto en la infraestructura y el equipamiento. La otra fuente es el incremento gradual de cuotas que se plantean del 0.25% al 1.25%. Este es el esbozo de los lineamientos generales que se tienen, para avanzar hacia un acuerdo. Es lo que se quería plantear.

Al Director Loría Chaves le parece que esa no definición del pago del Ministerio de Salud a la Caja o del Gobierno a la Caja, por el traslado de los Programas del Ministerio de Salud, sin duda alguna, lo que está significando es un subsidio que la Caja le está dando al Gobierno, desde que se generó esa deuda. Su posición es que se debería valorar el tema de establecer un Contencioso Administrativo, para que la posición de la Caja prevalezca. Es una posibilidad que se debe analizar jurídicamente y un poco más. Por otra parte, señala que el planteamiento es positivo, porque se iniciaría el próximo año.

Sobre el particular, indica el Gerente Financiero que la presentación es una ilustración y hay que detallarla.

Continúa el señor Loría Chaves e indica que como punto tercero, le preocupa que existe una discusión, hay diálogo pero no hay definiciones y no es de ahora, sino de mucho tiempo atrás. Además, le preocupa es que el pago de la deuda sea parte del préstamo del Banco Mundial, como un hecho y si no está equivocado, el empréstito tiene que ser aprobado en la Asamblea Legislativa. Se está haciendo referencia de que es una expectativa de pago, en este momento porque se empezó a negociar hace tres años. Conoce que las personas son serias, pero, repite, es una expectativa en este momento. Mientras no se apruebe ese empréstito con el Banco Mundial, la Institución necesita que se generen ingresos por esa deuda. Entiende el tema de la gestión del préstamos con el Banco Mundial, en términos de que es parte del pago de la deuda, pero se tienen tres años de la negociación y un año de este nuevo período de gestión y esa negociación no se aprobará de hoy para mañana.

Respecto de una inquietud del Dr. Devandas Brenes, indica el Gerente Financiero que estos son los lineamientos de un acuerdo, no es el acuerdo en sí, sino que se han tenido reuniones donde

surgen diferentes situaciones y, entonces, se diseñó cuál podría ser la solución para el tema. Ha estado en varios momentos y puede indicar que este es el momento en que se ha estado de entender y tener posición favorable y como todo proceso de negociación, se salvaguarda sus situaciones. La gestión se está haciendo buscando lo que mejor le conviene a las dos partes, pero desde su óptica, es el diseño más próximo que ha visto en los últimos años de lograr un acuerdo. Obviamente, lo del Banco Mundial está avanzando, pero con el tema del Ministerio de Salud, se quisiera no tener que plantear un proceso en el Contencioso Administrativo, sino más bien tener un acuerdo, de lo contrario se tendría que dejar de analizar, porque se conciliaría un acuerdo a nivel judicial.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y señala que se ha venido trabajando muy fuerte con el Banco Mundial. Ha estado en cuatro misiones este año, se está programando la presentación de la propuesta a la Junta Directiva, lo que se ha ido negociando con el Banco Mundial. Han hecho reuniones con los funcionarios encargados del Modelo de Atención, de Infraestructura, el análisis fiduciario, los temas ambiental, social, jurídico y financiero; es decir, ha sido un trabajo muy intenso, en el que se ha estado trabajando en estos meses con el Banco Mundial. La propuesta es que la misión vendría a la Junta Directiva en el mes de mayo próximo, recibirían los comentarios que tienen, habría que hacer un ajuste a esa propuesta. En la ruta que se ha planteado, la idea es que este plan, a mitad de año sea presentado en el Banco Mundial, previo ser aprobado por la Junta Directiva, o sea, se realizan los ajustes y se envía al Banco Mundial y será devuelto en el mes de agosto de este año. Repite, se ha estado trabajando en el planteamiento, inclusive, el Ministro de Hacienda estuvo en el Banco Mundial esta semana pasada, en la Junta de Gobernadores y el tema está avanzando. La idea es enviar el tema a la Asamblea Legislativa, en el segundo semestre de este año. Las primeras impresiones que se tiene de los señores Diputados de las diversas fracciones, es que están muy anuentes en apoyar el tema de recursos financieros para la Caja. Si realmente se cumple el cronograma como lo han venido cumpliendo hasta ahora, prácticamente, los primeros desembolsos se estarían dando a partir del próximo enero. Esas son como las expectativas que se tiene.

Señala el Gerente Financiero que sería un desembolso inicial de un 20%, el cual correspondería a alrededor de tienen un desembolso de ochenta millones de dólares iniciales.

Agrega la doctora Sáenz Madrigal que de alguna manera se tiene que ir acompasando este tema y se relaciona con el del Banco Mundial, porque es uno de los mecanismos, no es el único que se analizó. Una de las preguntas que se hacían y lo plantea es el tema del traspaso de los Programas del Ministerio de Salud a la Caja y se indicaba que a lo mejor, se está en un buen momento de que no solamente se establezca un mecanismo de pago sustancioso, sino establecer un mecanismo de aumento de la contribución del Estado a la Caja que se redujo con la reforma. Recuerda que la reforma de los años 90s, se pasó de un aporte del Estado de 3.25% a 0.25%, entonces, el tema ahí es lograr ese aumento, el cual sería sustancial y como en alguna oportunidad lo indicó don Oscar Fallas, para las futuras generaciones porque ese aumento del porcentaje del Estado a la Caja, quedará de ahí en adelante y, en ese sentido, se cumple una meta que los Miembros de la Junta Directiva, también se había planteado y que no está claramente ubicado. Además, se está analizando una diversificación de las fuentes de financiamiento, que no son solamente las cuotas obrero patronales, sino que viene un aporte más directo y, en ese sentido, entonces, aumenta la responsabilidad del Estado, gradual como se hizo con el IVM a un 0.50% cada cinco años y ahí se va acomodando ese tema. Cada punto lo darán los estados

actuariales, pero considera que sería como buscar una opción muy sustantiva para el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM).

Al Dr. Devandas Brenes le parece interesante que el informe se lograra concretar alguna negociación rápida. Insiste en el tema del financiamiento de la universalización, el aumento de las cuotas del Estado que se plantea es para la planilla, pero un gran problema que tiene la Caja, es el financiamiento de la universalización porque, repite, ha insistido en el tema. No recuerda la ley concreta, pero cuando señala que para la universalización, hay que establecer la cotización media y, en ese sentido no se ha dado una discusión, sobre que es la cotización media. Ha insistido en que la cotización media se debe calcular la prima del 14% ó 15%, sobre el ingreso promedio de los trabajadores en planilla, correspondiente a cuatrocientos diez mil millones de colones y no sobre la Base Mínima de Contribución y el Estado, debe pagar la diferencia entre lo que pueda o no pagar. Si se trata de un indigente pobre, no pagará y el Estado tendrá que asumir la cotización completa y si puede pagar en algún monto, el Estado deberá complementar la cuota. En el tema de la universalización, está el centro de la financiación de la seguridad social en la Caja, si se apartara la universalización y se tomara solo los trabajadores que cotizan, no se tendría problema, pero en el momento de la universalización. Insiste en que el artículo 177° de la Constitución, hay que leerlo con el transitorio, porque se establece que los familiares de los trabajadores forman parte de la universalización. En la Institución, históricamente, lo que se ha hecho es incluir familiares y más allá de los familiares, dentro de la cuota obrero patronales, con lo cual se ha desinflado el sector de universalización, para financiarlo con la cuota obrero patronal. Le parece que de esa manera la financiación de una Institución aseguradora, no está muy bien establecida, porque se están trayendo las primas hacia abajo y, precisamente, hacia los sectores que más servicios demandan. Plantearía a la Gerencia Financiera que se analice el tema. Por otro lado, insistió, incluso, en la necesidad de analizar el artículo 12° del Reglamento de Salud, porque, como ejemplo, es como una sombrilla muy abierta, en la cual se incluyen las personas dentro de la cuota obrero patronal. Si ese problema no se atiende, le parece que se va a seguir teniendo problemas financieros en la Institución, porque la mayor masa es la que está cotizando menos o no está cotizando. Esa es su preocupación en este tema y en un proceso de negociación con el Estado.

Sobre el particular, señala la señora Presidenta Ejecutiva que se ha insistido en ese tema. En este momento, no se tiene firmeza en los acuerdos, sin embargo, se tomará el acuerdo, pero queda pendiente la firmeza.

La Directora Alfaro Murillo indica que en la misma línea de lo que plantea don José Luis Loría, pregunta si en este momento se convoca al equipo del Ministerio de Hacienda y se le consulta si están de acuerdo, en que la deuda que el Estado tiene con la Caja es de setecientos sesenta y ocho mil quinientos dieciocho seis millones de colones, contestarían que sí o no.

Responde el Gerente Financiero que no.

Continúa la Ing. Alfaro Murillo y señala que es, absolutamente, claro que lo que se firmó en la “famosa” carta de entendimiento de acuerdo entre la Presidenta Ejecutiva y el Ministerio de Hacienda, no se ha cumplido a pesar de que el acuerdo se tomó o se firmó el 28 de agosto del año 2014 y a hoy, aproximadamente, hay ocho meses que han transcurrido. El acuerdo establece que la primera fecha “emblemática” del acuerdo, es tres meses después, o sea, en el mes de

noviembre del año 2014, donde la cifra tenía que estar definida y acordada. Pregunta al señor Gerente Financiero que indique por qué a los tres meses, no estuvo consolidado el monto y por qué el Ministerio de Hacienda, hoy seguiría indicando que no y solicita que conste en actas.

Sobre el particular, señala el Lic. Picado Chacón que el acuerdo y la conformación de la Comisión da un año para el trabajo. Después, se ha realizado un trabajo metodológico y al Ministerio de Hacienda se le ha indicado, como es que se calcula el monto, porque un primer elemento es que estos componentes que son históricos y registrados desde el año 1998, por ejemplo, el traslado de los Programa del Ministerio de Salud a la Caja, el Ministerio de Hacienda no tiene un registro de la deuda en ningún lugar, la cual se comunicó. Entonces, ha habido un trabajo metodológico, después hubo un momento donde los temas jurídicos se convirtieron en esenciales, de manera que había una posición jurídica de un lado y otra de otro. Lo que parece es que son lineamientos de acuerdo, no se podría indicar que tal vez los técnicos del Ministerio de Hacienda, no podrían acreditar los setecientos sesenta y ocho mil millones de colones, pero el diseño general que se acaba de plantear y el Viceministro de Hacienda que forma parte de la Comisión puede dar fe que, efectivamente, es el principio del acuerdo. Lo que seguiría y en ese sentido, en acciones relevantes cuando se estableció el convenio, se tenía claridad de que van a quedar tareas por realizar, pero son de otro orden diferente, porque el trabajo de la conciliación de la deuda está avanzando, dado que había un trabajo donde inicialmente las posiciones jurídicas no eran de consenso. Tenían la posición de que había que reconocer los intereses que en el convenio del año 2007 no se habían cobrado, no se habían calculado y la posición del Ministerio de Hacienda era la contraria, aquí había una discusión de cuál era el período de vigencia, repite, algunos indicaban que era una transición de cinco años, seis años y no se ha llegado a un acuerdo para poder establecer la fecha. La metodología aquí es realmente sencilla y respecto del Código de Niñez Adolescencia, ha habido un trabajo muy fuerte de depuración de la bases de datos, pero desde su óptica, no se ha cumplido con el orden que se tenía previsto, pero con este diseño de acuerdo general, están establecidas las bases para que, muy rápidamente, las conciliaciones se den, así como los reconocimientos.

La Directora Alfaro Murillo señala que al escuchar la explicación del Gerente Financiero, queda igualmente insatisfecha, porque no se indica la letra del acuerdo. La letra del acuerdo indica que a los tres meses se tenía la cifra consensuada, porque lo que se indica lo conoce de memoria, quiere entender, evidentemente, o que aquí quede claro que es el Ministerio de Hacienda que todavía no está claro, cuáles son los montos; pero que el Ministerio de Hacienda tiene un compromiso y esta tiene un jefe que es el Ministro, quien firmó ese acuerdo y firmaron como testigos de honor el Presidente de la República, que es el Jefe de don Helio Fallas y en jerarquía, es el Viceministro de Hacienda y firmó doña Ana Elena Chacón, como también testigo de honor y, entonces, firmaron todas las personas, pero el trabajo no está. Retoma lo que don José Luis plateaba, en relación con los fondos, fundamentalmente, correspondiente al traspaso de los Programas del Ministerio de Salud a la Caja. Asegura que llegado el día que se cumpla el año exacto, si no estuviera conciliada la deuda, tomará en la dirección que acaba de plantear don José Luis Loría, en términos de ir a la vía judicial en lo que corresponda, pero llegado el día que se cumple el año, si tienen que argumentar que la Comisión que se formó, entre ambas instituciones no funcionó y habrá que determinar, las responsabilidades del por qué no se dio, porque a alguien habrá que asignarle la responsabilidad. Si hay un acuerdo y se tarda un año, se van prolongando los términos, porque indica que a los tres meses está el monto consensuado, que a los seis meses están las primeras medidas definidas y al año lo que se indica, es que está

concluida la negociación, o sea, con todos los aspectos cumplidos, pero se establecieron metas periódicas y no están cumplidas. Le indica al señor Auditor que hoy tienen el primer informe y son ocho meses. Puede ser que la responsabilidad no está de este lado, sino que esté completamente del lado del Ministerio de Hacienda, pero el documento se denomina “operación embarre”, porque lo firmaron ambos jefes, por tanto, ambos tienen la responsabilidad y el cuerpo técnico que la jerarca de esta Institución designó, también tiene por tanto responsabilidad. Le recomienda a don Gustavo Picado que sin defender mucho el trabajo del conjunto, vele porque su parte esté clara, dado que ella va a estar al año cumplido, indicando, por qué la Caja que es la más interesada en que se resuelva la tarea, no se le pide cuentas al personal Ministerio de Hacienda, para que respondieran de acuerdo con lo que indica la carta de intenciones firmada. Reitera, que don José Luis tiene razón, llegado el año, están a cuatro meses de tomar esa decisión, y llegado el momento no le importa el tiempo que se tome en las instancias correspondientes judiciales, pero en el Órgano Colegiado tiene una responsabilidad como Miembro de la Junta Directiva y no se puede seguir delatando el asunto, porque se indica que son alrededor de setecientos miles de millones de colones, pero el Ministerio de Hacienda no está de acuerdo, y se continúa desempeñando el mismo papel y será eterno. Le indica a doña Rocío que tanto ella, como Presidenta Ejecutiva, así como los Miembros de la Junta Directiva, tienen que responder a la ciudadanía y no entenderá que la Comisión se atrasó y en medio de los aquellarres que han surgido hasta hoy y de los que se vienen, posiblemente, en los próximos tres años, el Estado indica que no tiene fondos para pagar la deuda que se tiene con la Caja, donde están esos recursos financieros.

Se toma nota.

El licenciado Picado Chacón se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 34°

Se tiene a la vista el *Expediente N° 17305, Proyecto autonomía de las personas con discapacidad, consulta en relación texto sustitutivo*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 13 de abril del presente año, N° PE.25.839-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 9 de los corrientes, número CEPD-248-15, suscrita por la licenciada Ericka Ugalde Camacho, Jefa de Área de la Comisión Especial que Estudia los Temas de Discapacidad, la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio firmado por el señor Gerente de Pensiones, número GP-26.256-15, del 17 de abril del año en curso que, en lo pertinente, literalmente dice:

“Mediante oficio JD-PL-0011-15 del 13 de abril del 2015, se solicita a la Gerencia de Pensiones y a la Gerencia Médica, externar criterio para la sesión del 23 de abril del año en curso, en relación al proyecto de ley “Autonomía de las personas con discapacidad”, consulta en relación texto sustitutivo.

A efecto de atender lo requerido, se solicitó a la Dirección Calificación de la Invalidez, a la Dirección Administración de Pensiones, y a la Asesoría Legal de esta Gerencia, analizar el texto en consulta y emitir el criterio técnico-legal correspondiente.

En fecha 17 de abril del 2015 la Dirección Administración de Pensiones presenta a esta Gerencia memorial DAP-535-2015 mediante el cual solicita:

“(…)

De la manera más respetuosa, insto a que a su vez se solicite a la Junta Directiva de la Institución, una prórroga para presentar el Criterio técnico-legal sobre Proyecto de Ley “*Ley para la Promoción de la Autonomía de las Personas con Discapacidad*”, en la sesión a realizarse el jueves 07 de mayo, en vez de la del 23 de abril del año en curso. Lo anterior, con el fin de realizar un análisis interdisciplinario cuidadoso por las siguientes razones:

- 1- Por la naturaleza y objetivos de la CCSS, se considera necesario confrontar el texto del Proyecto de Ley con Normativa Internacional de Derechos Humanos y normativa nacional, -como la Ley 7600-, con el fin de emitir las recomendaciones necesarias para asegurar que el Proyecto de Ley de marras garantice el respeto de los derechos de las personas con discapacidad.
- 2- El Proyecto pretende reformar y hasta derogar normas de carácter general del Código Procesal Civil, como por ejemplo las relacionadas con la figura del curador, la cual es utilizada por la Institución para el pago de pensiones y desarrollo de procedimientos administrativos, razón por la cual debe analizarse el posible impacto de esas propuestas en la normativa y prácticas por las cuales se rigen el Régimen de Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte y el Programa del Régimen No Contributivo.
- 3- En la misma línea, se debe analizar la figura del “Garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad”, determinar si la misma pretende sustituir la figura del curador, y en caso afirmativo, evaluar las posibles consecuencias”.

En virtud de lo expuesto, muy respetuosamente proponemos se someta a consideración de la Junta Directiva el solicitar a la Comisión Especial que Estudia los Temas de Discapacidad de la Asamblea Legislativa, un plazo adicional de **quince días hábiles** para contestar”,

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación del licenciado Barrantes Espinoza –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de quince días hábiles más para responder.

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

El Director Barrantes Muñoz se retira del salón sesiones.

ARTICULO 35°

Se dispone reprogramar, para la sesión del 30 de los corrientes, los temas que se detallan:

- I) Gerencia Médica:** oficios suscritos por la señora Gerente Médico:

- a) **Oficio N° GM-SJD-3527-2015**, del 06 de abril del año 2015: propuesta nombramiento Director a.i. del CENARE (Centro Nacional de Rehabilitación), en vista de la jubilación del titular: Dr. Federico Montero Mejía.
- b) **Oficio N° GM-SJD-2832-2015**, del 23 de marzo del año 2015: atención artículo 12° de la sesión N° 8766: presentación situación sobre el Crizotinib e impacto institucional de los medicamentos de alto costo.

II) Gerencia Financiera: oficios firmados por el señor Gerente Financiero:

- a) **Oficio N° GF-12.739-15**, de fecha 20 de abril del año 2015: informe cálculo de intereses por cancelar a la Licda. Maritza Vargas Vargas, proceso contencioso administrativo cobro honorarios, expediente N° 11-003929-1027-CA.
- b) **Oficio N° GF-12.403**, del 17 de abril del año 2015: propuesta Política y estrategia de inversiones del Seguro de Salud del año 2015.
- c) **Oficio N° GF-12.402**, de fecha 17 de abril del año 2015: propuesta Política de Inversiones a la vista de los Seguros de Salud y Pensiones del año 2015.

III) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: oficios que firma la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías:

- a) **Oficio N° GIT-9997-2015 (515-2015)**, de fecha 6 de abril del año 2015: informe sobre proyecto reforzamiento estructural y reacondicionamiento mecánico, eléctrico y arquitectónico del Edificio Laureano Echandi.
- b) **Oficio N° GIT-9817-2015 (678-2015)**, de fecha 23 de marzo del año 2015: informe sobre proyectos desarrollados en el período de mayo 2014 a febrero 2015.
- c) **Oficio N° GIT-9668-2015 (205-2015)**, del 23 de marzo del año 2015: atención artículo 30°, sesión N° 8759: informe –atención de las no conformidades presentadas en el proyecto de reforzamiento estructural y reconstrucción –sistemas electromecánicos del Hospital de Ciudad Neily.
- d) **Oficio N° GIT-10002-2015 (756-2015)**, fechado 17 de abril del año 2015: informe sobre avance del proyecto ETAPA 2, construcción y equipamiento de los Edificios Torre Este, obras complementarias para el Hospital Calderón Guardia.

IV) Gerencia Administrativa: notas que firma el Gerente Administrativo:

- a) **Oficio N° GA-22503-15**, del 27 de marzo del año 2015: informe sobre concursos para nombramientos en propiedad en la C.C.S.S., I tracto 2015.
- b) **Oficio N° GA-22426-15**, del 18 de marzo del año 2015: resumen ejecutivo para la aprobación del “Reglamento para las Declaratorias de interés Institucional de Actividades

en la Caja Costarricense de Seguro Social”. Ref. artículo 7° de la sesión N° 8717, del 15 de mayo de 2014.

V) Informes de la Dirección Jurídica:

- a) **Oficio N° DJ-02188-2015**, del 14 de abril del año 2015, que firman los licenciados Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector Jurídico, y Mario Cajina Chavarría, Jefe a.i. del Área de Gestión Judicial: presentan información sobre los procesos judiciales mencionados en el oficio de la Unión Médica Nacional, número UMN-177-2015 del 8 de abril del presente año (se atiende lo resuelto en el artículo 3° de la sesión número 8770, celebrada el 9 de abril del año 2015).
- b) **Oficio N° DJ-1815-2015**, del 7 de abril del año 2015, suscrito por el Lic. Edwin Rodríguez Alvarado, Director Jurídico a.i., la Licda. Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y el Lic. Guillermo Mata Campos, Abogado de la Dirección Jurídica (estudio y redacción): se atiende lo resuelto en el artículo 25° de la sesión N° 8765; se externa criterio respecto de la interpretación jurídica sobre los alcances del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.

VI) Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.

- a) **Planteamiento del Director Loría Chaves:** en relación con el sistema co-pago de las atenciones especializadas en el Centro Nacional de Odontología.
- b) **Planteamientos de la Directora Alfaro Murillo:** en relación con los siguientes temas:
- Informe de la carta de intenciones firmada entre CCSS y Ministerio de Hacienda sobre la deuda del Estado con la Institución.
 - Informe sobre los proyectos y recursos disponibles de los fondos de cáncer que maneja el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer.
 - Solicitud de informe sobre la situación laboral de los agentes de seguros del INS (Instituto Nacional de Seguros).

VI) Presidencia Ejecutiva:

Oficio N° DPI-134-15 de fecha 27 de marzo de 2015, firmado por el Director de Planificación Institucional: atención artículos 15° de la sesión N° 8726 y 11° de la sesión N° 8762: *Informe estado de avance en el cumplimiento de las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República dirigidas a la Presidencia Ejecutiva y Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social con corte al 28 de febrero de 2015.*

VII) Auditoría.

- a) **Nota del 9 de febrero del año 2015**, firmada por Auditor y Subauditor: *Informe gerencial sobre actividad desplegada por la Auditoría durante el período 2014.*

A las dieciocho horas con treinta y seis minutos se levanta la sesión.