

Jueves 24 de septiembre de 2015

N° 8802

Acta de la sesión ordinaria número 8802, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas con minutos del jueves 24 de septiembre de 2015, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Ing. Alfaro Murillo, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

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

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

ARTICULO 1°

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

ARTICULO 2°

No habiendo observaciones, **se aprueba** la agenda conforme con los mismos términos del documento distribuido.

ARTICULO 3°

Meditación a cargo del Director Barrantes Muñoz.

En relación con los acuerdos pendientes al Director Barrantes Muñoz le parece importante recordar que los acuerdos se adoptan para ser cumplidos, como los pactos y de no poder cumplirse que se informe, el por qué no se cumplen. Recuerda que hace un tiempo, presentó el tema relacionado con el control y mitigación del riesgo, asunto sobre el cual, se presentó por parte de las distintas Gerencias un informe, donde el común denominador era que no se encontraban al día; además, que estaban pendientes de una propuesta sobre el tema y se lo estaba trabajando la Gerencia Administrativa. No obstante, ha pasado el tiempo y no se ha presentado la respuesta que en aquel momento solicitó la Junta Directiva. En ese entonces, lo que se indicó fue que a partir de los esfuerzos que se realizan en la Gerencia Administrativa, quien era la coordinadora de este tema, se iba a presentar un informe pero no se ha presentado. En otro apartado, en relación con el tema del artículo 41° de la Normativa de Relaciones Laborales, específicamente, se solicitó un informe, dado que no se tenía claridad de la situación institucional sobre esa materia y al respecto, incluso, se hizo referencia que se habían presentado algunos procesos contenciosos, con sentencias de primer instancia, para lo que se le pidió un informe a la Dirección Jurídica y se indicó que en pocas semanas se presentaría la información y a la fecha no se ha presentado. No piensa, ni intenta ser exhaustivo con una serie de acuerdos, que siguen pendientes, como los que se relacionan con la evaluación del impacto que se produce con las plazas que se van aprobando y, recuerda que es un tema que en reiteradas ocasiones, lo ha solicitado don Adolfo Gutiérrez y sobre ese mismo tema, hay diversos acuerdos que tampoco se están cumpliendo. Lo anterior, no es un tema de meditación sobre temas trascendentales, sino que cuando los asuntos son inmediatos, como este, se deben meditar, para que se manifieste que,

efectivamente, la Junta Directiva tiene un fin, es decir, toma acuerdos y éstos se tienen que cumplir y como ninguna persona está obligada a lo imposible, que al menos se tenga el respeto de informar, el por qué no se ha logrado cumplir. Le parece importante que sobre ese tema se ponga atención, porque la Junta Directiva no existe simplemente para tomar acuerdos y que se olviden y no se cumplan, porque una vez que se toma un acuerdo, se tiene la responsabilidad de vigilar que se cumpla, por lo cual existe una responsabilidad asumida sobre los acuerdos adoptados. La idea no es tener información que contenga estadísticas de acuerdos, en términos de cuántos se cumplen, cuántos no, de que tipo son, realmente no es el tema, es solo para demostrar la magnitud de la situación. Le preocupa porque se esté presentado una dificultad en la que, efectivamente, no les lleva a resultados satisfactorios en esta materia, igual ha sucedido a lo largo de los meses que ha estado en la Junta Directiva, ha conocido que hay grandes acuerdos que se han adoptado, hace bastantes años atrás, como en materia salarial, por ejemplo, que no se han cumplido y, entonces, es el momento de poner atención a este tema de manera mucho más rigurosa, para que siendo materia de reflexión, se implementen de inmediato las acciones correspondientes.

Sobre el particular, la doctora Sáenz Madrigal señala que se ha estado trabajando en la revisión de los acuerdos pendientes, tanto con la Dirección de Planificación como con la Dirección Jurídica, de manera que se presentará una propuesta de algunos acuerdos que son de informar, para ir eliminando algunos temas, redimensionando algunos, determinando cuáles son los acuerdos pendientes, es decir, se está haciendo un trabajo que se ha hecho un esfuerzo para tenerlo, pero no se tiene listo para hoy, se va a requerir más tiempo, pero aprovecha el comentario y agradece la preocupación de don Rolando Barrantes, de estar colocando ese “dedo en la llaga”, porque se ha estado dando ese seguimiento, no solo a los acuerdos de esta Junta Directiva, sino a los adoptados por este Órgano Colegiado desde el mes de mayo del año pasado a la fecha, pero los acuerdos de esta Junta Directiva. Concuera con don Rolando Barrantes en que desde hace un tiempo para acá, hay varios temas que están pendientes y en ese sentido, se está realizando un trabajo para presentar ante el Órgano Colegiado un informe, el cual incluye un resumen y las recomendaciones acerca de cómo se sugiere abordar algunos de esos temas, no los correspondientes a la gestión pasada, si no de aquí en adelante.

La Directora Soto Hernández le agradece a don Rolando Barrantes, la pertinencia del tema y considera que el asunto de los acuerdos se podría oxigenar, si se procediera a nombrar los asesores de la Junta Directiva, para que colaboren, porque el tema es muy difícil de ser manejado. Desconoce cómo lo hace don Rolando, con esa capacidad para lograrlo, pero realmente considera que la estructura organizacional de la Junta Directiva, contempla el nombramiento de esos Asesores y se podría aprovechar ese insumo.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que lo planteado por don Rolando, se ha comentado en varias oportunidades y considera que es una preocupación que Rolando reitera hoy, pero en honor a la justicia, varios de los Miembros de la Junta Directiva han insistido sobre el tema. Le parece que es muy oportuno y coincide con don Rolando y no solo presenta algunos temas, pero si cada uno de los señores Miembros presentaran asuntos, está seguro que más bien la norma, es que un porcentaje significativo de los acuerdo adoptados por la Junta Directiva no se cumplen. Por ejemplo, en el caso del nombramiento del Gerente Administrativo, la propuesta del salario único, las evaluaciones del impacto que se produce con la aprobación de las plazas, el artículo 41° de la Normativa de Relaciones Laborales, relacionado con el tema de la cesantía y así

existen un serie de circunstancias, que pareciera que esta Junta Directiva “está pintada en la pared”. Por otra parte, no coincide con que manifestó don Rolando Barrantes, en el sentido de que el cumplimiento de los acuerdos de la Junta Directiva es su responsabilidad. En esos términos, le parece que la responsabilidad del Órgano Colegiado es adoptar el acuerdo y lo deja constando en actas, que quien debe dar seguimiento a los acuerdos y cumplirlos, es la administración y si no cumple, cada una de las Gerencias debe indicarle a la Junta Directiva el por qué no lo cumplió, o que solicite una prórroga. Enfatiza en que para que el Órgano Colegiado le dé seguimiento a cada uno de los acuerdos de la Junta Directiva, existe una imposibilidad material y, en ese sentido, en lo personal, no podría aceptar la responsabilidad de ese proceso. Estima que la Junta Directiva debe indicarle a la administración que actúe conforme corresponda y en la forma más diligente posible. Además, le parece que se deben modificar las estructuras y los modelos que se están utilizando, para que sean eficientes. En esos términos, se ha hecho referencia de modificar, cambiar y reformar toda la estructura, incluidos, los funcionarios que conforman el grupo de trabajo, encargado de realizar ese trabajo. Acentúa en que hay temas pendientes de resolver, por ejemplo, modificar los salarios, los servicios, la forma en que se están atendiendo algunos aspectos muy importantes como el presupuesto, son nuevas visiones de gestión y le reconoce a la Presidencia Ejecutiva que ha acompañado en esas ideas, lo que sucede es que la materialización de esos aspectos, no le corresponde concretarlos a la Junta Directiva, ni a la Presidenta Ejecutiva. Le parece que a los Gerentes se les tiene que indicar que es una preocupación, pero más que esa situación, es una exigencia y quiere dejarlo planteado en esos términos. Considera que es una falta de respeto para la Junta Directiva, como ilustración, que para atender un acuerdo se otorguen ocho días y si no se logra cumplir el acuerdo, que el encargado o encargada no solicite una prórroga, porque en todo caso como no se aplican medidas si no se cumple en ocho días lo acordado, se va extendiendo el plazo y, temas que se debieron haber presentado en ocho días, tardan en presentarse un año y ese aspecto no es sano, ni conveniente.

Interviene el Director Fallas Camacho y le agradece a don Rolando Barrantes, por presentar el tema, nuevamente al pensamiento de la Junta Directiva. Comparte que existe cierta responsabilidad por parte del Órgano Colegiado, porque se toman decisiones en función de que existen situaciones que corregir y hacer, pero si se corroboran que no se cumplen, por la razón que sea, considera que se debe buscar la razón del por qué no. Dado que es muy fácil tomar un acuerdo, sin conocer que realmente existe una responsabilidad que se cumpla. También comparte que es menester que se informe, si se puede o no cumplir con lo acordado, porque crea una inquietud, aunque conoce que el día a día está lleno de situaciones, que se deben atender y le preocupa; porque a veces, no plantear elementos de futuro, que es lo que se debería estar planteando no se hace.

El licenciado Gutiérrez Jiménez coincide en parte, en que se debe repensar el tema de los acuerdos, no es buscar culpables, pero no se están gestionando de forma apropiada. Le parece que hay un aspecto que no se ha logrado compactar, para establecerlo en un contexto e, inclusive, no conoce si lo propuesto por doña Mayra Soto procede. Tiene la sensación de que este país está atado a la Ley y al Reglamento, en torno a los procedimientos que se tiene la obligación de diseñar y plantear, como se puede resolver a nivel nacional. Considera que se debe tomar una decisión para que se cumplan los objetivos. Como ejemplo, se ha estado haciendo referencia de la reestructuración de la Caja, no recuerda cuánto tiempo, así como de la necesidad de remodelar este edificio, darle soporte y, en ese sentido, también se ha hecho referencia de una

serie de aspectos importantes, por ejemplo, en el programa institucional, no se conoce si es una incapacidad como humanos de organización, de funcionamiento o normativa, pero estima que esos temas se deben revisar, sin intentar señalar quien se cree que es culpable, si en la Junta Directiva se están tomando decisiones, porque se están asumiendo responsabilidades, les satisfaga o no y, en esos términos es la posición de don Rolando y le parece muy atinada, en el sentido de evaluar y si no se tienen resultados positivos, hay que buscarle la solución al tema, porque de otra manera, la gestión de la organización, se empieza a determinar como una rutina.

La doctora Sáenz Madrigal interviene y manifiesta su preocupación, en el sentido de que se está realizando un esfuerzo, una revisión de los acuerdos pendientes y, próximamente, se presentará el informe a consideración de la Junta Directiva. Lo que los señores Directores están planteando, es importante señalar que se toman muchos acuerdos que son, a veces, de carácter muy operativo y es el análisis que se va a presentar y reflejar, no solamente en las estadísticas sino, realmente, en la cualidad de los acuerdos que se están tomando, no es fácil, hay muchos acuerdos, a los cuales se les tuvo que realizar una depuración y buscar mucho. Fue un esfuerzo significativo por parte de la Secretaria de la Junta Directiva y de la Dirección de Planificación y la Dirección Jurídica ha estado apoyando, para poder presentar un planteamiento. Tomará nota del asunto pero, realmente, indica que esta Junta Directiva, toma acuerdos y que no se cumplen, tampoco lo puede aceptar, porque se han tomado acuerdos a los cuales se le ha dado seguimiento, se han cerrado acuerdos, se han pedido más informes; repite, el tema se va a presentar y será analizado. Hay un tema que crea cierta insatisfacción, el hecho que se pidan informes en un período y la coyuntura, muchas veces hace que no se puedan cumplir con los temas que se tienen, y en ocasiones con informes ya agendados, pero la dinámica en la Junta Directiva es muy compleja.

Don Adolfo Gutiérrez considera que para ser justos, en los últimos años, ha tratado de no solicitar informes a la administración, un poco en la línea del doctor Fallas Camacho y se debería reflexionar que muchas veces, gestionando acuerdos que se no tienen. Le parece que es necesario que se produzcan cambios en las estructuras y se pensaría que es este momento que está teniendo la Caja, se debería alinear para crear acuerdos que tengan una dirección, para este cambio que se está esperando, por ejemplo, el pago del salario único y la revisión de los pluses salariales, hacen una diferencia. Además, los impactos que se producen, pero abra otros que han propuesto que implica un esfuerzo de un grupo de personas que no, necesariamente, y puede ser una información para él como Director, pero no, necesariamente, coincide para un cambio estructural y considera que se debe analizar el tema.

ARTICULO 4°

Se someten a revisión y **se aprueban** las actas de las sesiones números 8790 y 8793.

ARTICULO 5°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-23819-15** el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

ARTICULO 6º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-23819-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 7º

Se continúa con el análisis del Plan Estratégico Institucional (PEI) y se procede a considerar la pregunta 3:

¿Qué alcances y expectativas se visualizan de alianzas con socios estratégico como: UNOPS (United Nations Office for Project Services), Banco Mundial, Banco Centroamericano de Integración Económica)?

Recuerda la doctora Sáenz Madrigal que en la sesión extraordinaria que se llevó a cabo en la Asociación Solidarista de Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social (ASECCSS) y en función del Plan Estratégico Institucional (PEI), se observó la necesidad de plantear algunas preguntas que orientan el PEI más allá de la parte formal, porque es la orientación estratégica. Además, en el Plan se había planteado el tema de los Modelos de los cuales se discutieron las preguntas número 1 y 2, hoy se plantea discutir las preguntas número 3 y 4, para ir avanzando en este tema. Una de las preguntas que se planteó en la Presidencia Ejecutiva era visualizar en conjunto, que se piensa como Junta Directiva en algunos temas y, además, el tema del Modelo de Gestión, estaba pendiente de que se empezara a analizar.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez qué alcance y expectativas se visualizan de alianzas con socios estratégicos, por ejemplo, la UNOPS (United Nations Office for Project Services). Comenta que en el sector privado, el tema de las UNOPS es una preocupación, porque el desarrollo de la actividad con estas entidades, han sido muy particulares en algunos casos, incluso, en algún momento se reunieron con personas interesadas de la Cámara de la Construcción, para analizar ese tema específico. Por otro lado, de alguna manera a la Junta Directiva se le está planteando qué piensan con la UNOPS, por otro lado, en la administración y no está indicando que la Presidencia Ejecutiva, se han producido avances interesantes, pero no conocidos por esta Junta Directiva relacionados con la UNOPS. Entonces, como Director se siente un poco confundido, porque primero se les pregunta a los Miembros de la Junta Directiva qué piensan de la UNOPS, pero la gestión está adelantada con una serie de trámites administrativos. Considera importante que se les consulte antes de que se convenga una negociación y le preocupa, repite, que en la parte administrativa se haya negociado y hasta este momento, se le esté consultando al Órgano Colegiado y él como parte del Órgano de más alta Jerarquía, no puede admitir esa situación.

Aclara la señora Presidenta Ejecutiva que hace varios meses, don Rolando Barrantes planteó el tema de la UNOPS y se le pidió a la administración, que empezara a explorar con ese Organismo y lo que se está haciendo, es investigando opciones que se presentarán a consideración de la Junta Directiva y no se ha tomado ninguna decisión. La UNOPS es una agencia de Naciones Unidas, no son varias, ese Organismo está colaborando y le solicita a don Rolando que plantee el tema, con algunas instituciones a nivel del país. Repite, el tema se presentó en la Junta Directiva y se le indicó a la administración, que explorara algunas opciones y en esa situación está encargada la

Gerencia de Infraestructura en específico, porque se ha visualizado para el tema de infraestructura, no es la única posibilidad, inclusive, la Agencia planteó un tema de apoyar para que se realice una revisión en el tema de las adquisiciones, además, porque en ese sentido se empezó a gestionar el tema. Se ha estado en esas negociaciones y se está presentando lo que se ha explorado, en términos de cómo opera la Cámara de la Construcción, ya se reunió con la Arquitecta Murillo y explicó sus preocupaciones, la Gerente de Infraestructura está elaborando el documento y se presentará a consideración de la Junta para la toma de decisiones.

Señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que ya que se están explorando este tipo de aspectos, que se realice la exploración completa, tanto hacia dentro como hacia fuera. Le produce satisfacción que se indique se está haciendo referencia de la Cámara de Construcción, porque él manifestó su insatisfacción en el momento, porque tenía ese ímpetu de la Caja y al explorar que sean todas las aristas, porque puede ser que los proveedores de la Institución y, aclara, que no se refiere a compañías específicas, sino que tengan alguna experiencia relacionada con UNOPS y que no hayan sido las más satisfactorias. En lo particular, le parece importante para considerarlo y tenerlo claro como parte de la información.

El Director Barrantes Muñoz señala que la UNOPS es una Organización de Naciones Unidas, la cual se especializa en brindar apoyo, a los países miembros de las Naciones Unidas que lo requieran en diversas materias, se relaciona con adquisiciones y del desarrollo de infraestructura dentro de cierto ámbito de actuación, claramente determinados por la Organización y la actividad que desarrolla, se orienta a no ser un proveedor de servicios sino un facilitador. La inquietud que se ha generado en el sentido de que la UNOPS, fuera a sustituir al empresariado nacional y no es así, sino por el contrario como Organismo de Naciones Unidas que tiene posibilidades de contratación más expeditas, aplicando siempre los principios de la contratación, pero trabaja con proveedores nacionales. En este sentido, no constituye una duplicidad, ni amenaza para los proveedores nacionales, es como una especie de unidad ejecutora con principios de transparencia, tienen un fin que en lugar de tener una actitud de rechazo, lo que se debe hacer es informarse más y es lo que han estado realizando las dos Gerencias. En lo particular, fue un facilitador del contacto entre la Presidencia Ejecutiva y las Gerencias de Logística y de Infraestructura. Destaca que una UNOPS tiene gran “expertice” desarrollado en el mundo y han colaborado con bastante eficacia, por ejemplo, en lo que es materia de adquisiciones en Honduras, han contribuido en que se genere un ordenamiento, de manera que la misma Presidencia de la República, recientemente, la ha reconocido en todo el tema de mejoramiento de capacidades, porque no busca convertirse en un proveedor que secuestre a las entidades que les presta colaboración, porque tienden a generar capacidades propias en las organizaciones, en todo lo referente a procedimientos de compras que se pueden evaluar, diseñar procesos, contribuir a la capacitación del personal, a atender esa materia y es a lo que se dedica la UNOPS. Aclara que no es un agente de la UNOPS, pero tampoco puede indicar que haya existido una mala experiencia con esa Organización. Conoce que cuando ha llegado a países donde existen temas de corrupción, es un asunto que ha generado un fuerte espesor, en quienes han estado afectados por esos temas. En los asuntos de transparencia, no son claros porque producen preocupación, dado que contribuye a generar procesos que van ligados con la transparencia que tiene una enorme idoneidad, capacitación y soporte internacional, para efectos de los procesos que asumen y cree que lo mejor que se puede hacer, es presentar a las Gerencias que han estado trabajando, para que comenten que es lo que se ha realizado y hasta dónde él conoce, no se ha suscrito ningún convenio con esa Agencia en concreto. Las Gerencias han estado explorando, pero son

investigaciones desde el punto de vista institucional y podrían ser sumamente útiles, para lo referente con procesos de adquisiciones y desarrollo de infraestructura, en este último por la celeridad y agilidad que tienen, en términos de aplicar los procesos de la contratación administrativa y no están sujetos a todos los procedimientos licitatorios que son tan engorrosos y complejos, porque es una de las ventajas que tiene la UNOPS. Le parece que desde el punto de vista de utilización de las capacidades y recursos nacionales de proveedores, no existe ninguna amenaza porque trabajen con proveedores nacionales.

El Director Fallas Camacho no recuerda las preguntas uno y dos del Modelo de Prestación que contestaron en su oportunidad. Recuerda que existe una Comisión Institucional que coordina la Comisión de Salud sobre estos temas. Le parece que en algún momento, se tendrá que presentar ante la Junta Directiva, todo lo que se está proponiendo en principio de organización y funcionamiento de la Red, porque hay una discusión fuerte sobre si deben ser Regiones de Salud, Redes o las dos y cómo se combinarían y en su momento, ese aspecto hay que definirlo, pero si el Órgano Colegiado adelanta criterio, entonces, la Comisión de Salud quedaría por fuera en este sentido y se resuelve el tema. Estima conveniente clarificar esos aspectos. Por otro lado, sea la UNOPS o cualquier otra intervención de agencias similares, le parece que sería aceptada, pero desde luego, necesariamente, se tiene que conocer el contexto en su mayor magnitud, buscando la transparencia y la conveniencia, pero sobre todo no estaría de acuerdo, en que se perjudiquen a los proveedores nacionales, en caso de que de alguna u otra manera, se considere perjudicado. Cree que no, pero coincide en que es necesario conocer en detalle cómo se maneja la negociación.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y recuerda que en el tema del Modelo de Atención, se produjo una profunda discusión y cuando se analizó el asunto de Redes y Regiones, la orientación era seguir avanzando en una visualización de Redes, esa tendencia es la que se ha venido trabajando en grupo. Aclara que lo que se está realizando, es una discusión estratégica de orientación hacia donde se está orientado a la Institución, no es blanco o negro, pero sí da unas orientaciones hacia dónde se avanza, por ejemplo, en la consulta que se realiza, se observa que le gustaría incluir el tema de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la idea sobre los alcances y expectativas se visualizan, no pretende contestar cada una de las preguntas, pero en el caso del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), la Caja tiene un préstamo que está en ejecución e incluye tres obras. Lo anterior, es un aspecto que se pretende retomar, en términos de con quién la Institución se está relacionando.

Por su parte, la Directora Alfaro Murillo indica que en el tema, evidentemente, como bien lo mencionó don Rolando Barrantes, hay un cobro, una tasa y, precisamente, por ese aspecto entiende y justifica la inquietud del Director Gutiérrez Jiménez, porque cuando se determina que las asociaciones con alguna Agencia que vendrán a trabajar y su trabajo es un aporte, no tiene ninguna inquietud como Directora del Órgano Colegiado, que la decisión se tome en el plano administrativo, porque confía en el criterio técnico. Sin embargo, cuando resulta que esa participación tiene un costo, es decir, que esa prestación del servicio tiene una tasa, en este momento desconoce cuál sea, pero sí tiene claro que la tiene, porque así lo han comentado. Entonces, si quiere conocerlo de previo, no lo quiere conocer a posteriori, porque se relaciona con recursos económicos. En esos términos, le preocupa que la Institución se está acercando a un Organismo que cobra por colaborar, cuando hay un acercamiento gratuito, está de acuerdo en que se analice el tema técnicamente y, además, pero cuando la Caja se acerca a un Agencia y hay una

intermediación por un servicio que se presta, sea para darle transparencia a los procesos o lo que corresponda; en términos de la parte de infraestructura o determinada situación, considera que no debería ser y que los Directores se enteren después de la gestión, porque alguna persona les dio la información a manera de “chisme” y le pasan muchas cosas a manera de chisme y quiere que así quede constando en actas, lo cual se cuestiona. Repite, es Miembro de la Junta Directiva quien debería, como primer instancia, estar informada de los movimientos que se realizan en la Institución, en función de decisiones estratégicas que se deben tomar y, sin embargo, conoce que no lo es, por el contrario que la información le va a llegar, por la vía del comentario del pasillo, la llamada, la prensa o del chisme y es lo que no le gusta. En este caso en particular, con el tema de la UNOPS, le hubiera gustado tener la información de previo.

Don Adolfo insiste en dos puntos, primero no rechaza la UNOPS sino que está haciendo referencia de las formas, porque se enteró la negociación con esa Agencia, dado que la Cámara de Construcción le solicitó una sesión con la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada (UCCAEP), donde se reúnen los representantes del sector privado y le preocupó que no conocía del tema y en la reunión, le consultaron si conocía que la Caja tenía relaciones de exploración con la UNOPS y lo que puede suceder. Dado lo anterior, le preguntó a doña Marielos Alfaro y a don Renato Alvarado y sí conocían del tema, pero no tenían información. Entonces, ese es el asunto y, ahora, se entera y le produce preocupación, que un Director de la Junta Directiva, ha tenido en una acción proactiva, porque conoce de las bondades de la UNOPS, lo cual le parece muy válido, pero tampoco conocía que hay un Miembro del Órgano Colegiado que estaba muy interesado en este tema. Lo cual considera que es porque conoce las virtudes que tienen las UNOPS, en lo personal, no las conoce, ni el valor agregado de un posible ligamen con esa Agencia. Le preocupa porque se ha indicado que hay un peaje y, ahora, escucha que ha servido en otros países para detener la corrupción, lo cual le parece excelente que pueda contribuir a eliminarla, pero no se está respondiendo la pregunta que se hace, en términos de qué alcances y expectativas, se visualizan de las alianzas con socios estratégicos de esa naturaleza, a lo cual no tiene la menor idea, porque no conoce, ni le han informado acerca de la UNOPS. Entonces, reacciona a la pregunta que se hace y se entera que hay otros Directores que conocen más del asunto. En su momento, manifestó su inquietud, porque la Cámara de Construcción estaba con algunas inquietudes y observaciones que le parecieron, al igual que a doña Marielos y a don Renato, válidas para plantearlas en la sesión de la Junta Directiva y le parece bien que se esté conversando con esas personas. Manifiesta su preocupación, porque se tiene el tema, en el sentido de qué es primero, porque se tiene el problema que un día sí y otro también se dan cuenta, se enteran no solo por “chisme”, sino por la prensa o porque un Director en un momento determinado lo comenta. Conoce que el devenir es muy grande, pero en lo particular, en los grandes aspectos le produciría satisfacción que se informe con anterioridad y le parece que es sano. Considera que como Director y hace referencia de los señores Directores del sector privado, les produciría satisfacción tener la información antes para poder reaccionar, porque cuando se presentan en una reunión a una Cámara seria, y no se tiene la menor idea de lo que se está conversando, le produce preocupación.

La doctora Sáenz Madrigal aclara y lamenta que algunos Miembros de la Junta Directa, se sientan que están llegando tarde al proceso de toma de decisiones, porque no se han tomado, ni se hacen acciones sin que se hayan tomado los acuerdos. Como segundo punto, en el tema de la UNOPS, don Rolando Barrantes lo presentó en la Junta Directiva, no fue un chisme y a partir de esa presentación que hizo al Órgano Colegiado, se ha estado explorando esa posibilidad, lo cual

quiere dejar muy claro. Como otro punto, ante una percepción de don Adolfo, refiere que en el caso de los Hospitales de Turrialba y Cartago, en varias oportunidades, el Banco Mundial ha presentado el tema ante la Junta Directiva, el préstamo del Banco Mundial y en el portafolio que se había aprobado, está planteado como una prioridad y se indica sujeto de los recursos del Banco Mundial. Por otra parte, señala que si el sector privado cuenta con una serie de preocupaciones, lo atiente era que consultara, pero cuando la Cámara solicitó la cita, la Gerente de Infraestructura fue para atenderlos y está preparando el estudio, en el tema de la UNOPS. En el caso del Banco Mundial, la Junta Directiva en la última presentación que realizaron los funcionarios de ese Organismo Internacional, está incluido el tema de que se continúe trabajando con el asunto y, en ese sentido, está el tema de los hospitales y es lo que se está anotado. En el presupuesto que se aprobó el jueves pasado, hay recursos económicos designados para los hospitales de Turrialba y Cartago.

Sobre el particular, señala el Director Gutiérrez Jiménez que cuando hay acuerdos, las prioridades se convierten en decisiones y se entera que una prioridad, ya es una decisión porque escuchó, tanto al Presidente de La República como a la señora Presidenta Ejecutiva de la Caja, indicar que el Hospital de Turrialba será construido y pregunta dónde está el acuerdo. Es muy diferente que existan prioridades, porque pueden estar de acuerdo con el tema, pero las formas de lo que se planea y las informaciones son muy importantes. Le preocupa presentar temas ante la Junta Directiva que están adelantados, sin que se hayan tomado los acuerdos.

El licenciado Barrantes Muñoz se refiere a la pregunta y no quiere obviar el tema, de cómo se está abordando, pero le parece que la pregunta es clara y considera que en esta Junta Directiva, no va a estar en desacuerdo en aprovechar los recursos y las posibilidades que puedan ofrecer, diversas instancias y entidades internacionales, denomínese la UNOPS, el Banco Mundial, la OPS y el BCIE, entre otros. Son opciones para una Institución como esta de apoyo, en el marco de lo que estas entidades ofrecen y correspondiendo a las necesidades institucionales, en el marco de lo que el ordenamiento jurídico, permite a la Institución hacer y pensando en temas de orden jurídico, de oportunidad, de conveniencia y no se va a negar, la necesidad de contar con apoyo de esta naturaleza. Claro que hay que valorar en cada caso concreto, los convenios que se puedan generar con la UNOPS y la OPS; indistintamente, pero la pregunta es si desde el punto de vista de la visión institucional, la relación con instituciones de esa naturaleza, son válidas o no. Considera que es totalmente válida y necesaria como criterio general y, en este sentido, no quiere indicar si se está sin conocimiento para hacer cualquier negociación, al contrario se van a realizar de acuerdo con la conveniencia institucional y la oportunidad de hacer lo permitido, por el ordenamiento jurídico y cree que no es una actitud que prevalece, en la Junta Directiva de aprovechar recursos y como criterio general, porque es lo que se debe asumir. En el tema particular de la UNOPS, se informó en la Junta Directiva y se generó un contacto. Estima que al igual que con el BCIE, no se ha determinado ningún acuerdo previo, porque son temas que se valoran, se produce un contacto; como ilustración, un día se produjo una conversación de pasillo con doña Marielos y, luego, de una sesión, en donde doña Marielos Alfaro le planteaba a la Arq. Gabriela Murillo, su inquietud sobre el tema de la UNOPS. Se hizo referencia del tema, son inquietudes válidas, cuanto es la tasa que cobra, cual fue el abordaje. Recuerda que en esa noche se le indicó a doña Gabriela Murillo que presentara el tema, porque al final debe ser conocido por el Órgano Colegiado, igual debe ser enviado a la Contraloría General de la República, por ser convenios que se hacen y deben tener una aprobación por el Ente Contralor. Hay un paquete de acciones o actuaciones que se están desarrollando entre la UNOPS y algunas entidades u órganos

públicos de este país, no es la Caja la primera que trabajaría con la UNOPS, ya hay suficiente experiencia que se ha venido generando en la relación con esas Agencias, por medio de convenios. El tema de cómo se articulan, cómo se deben presentar ante la Contraloría, todos esos aspectos están suficientemente regulados. Pero volviendo a la pregunta de alcances y expectativas, considera que deben estar determinados por la necesidad institucional, por la conveniencia y por lo que el ordenamiento jurídico les permita, pero bajo el criterio de aprovechar al máximo las posibilidades de apoyo que este tipo de entidades les brinda, sea en términos de recursos financieros, de apoyo y de desarrollo de capacidades, en lo que puedan ofrecer recursos. Le parece que la Institución debe desarrollar, las posibilidades necesarias para aprovechar esos recursos dentro del marco de la racionalidad y la legalidad. Cabe mencionar que el tema no se ha presentado, porque no se ha negociado ninguna acción en concreto, ha visto declaraciones de la Gerencia de Infraestructura que están considerando la UNOPS, pero de esa manifestación pública, a una toma de decisiones en concreto, le parece que el tema que debe ser presentado ante la Junta Directiva.

El licenciado Gutiérrez Jiménez señala que no tiene duda de que la UNOPS es una opción y, en lo personal, no la rechaza, no pretende bloquearla ni mucho menos, sino todo lo contrario, lo que indica es que bien que hay personas que tiene más información sobre ese punto como don Rolando y le produciría satisfacción, tener el índice o porcentaje de información, para poder tomar una decisión. Su preocupación y el reclamo que realiza, es porque en caso de que se convenga un convenio de cooperación, la Institución tiene que pagar un peaje o un costo y las Gerencias, ya están gestionando el tema y de pronto, el asunto se presenta ante la Junta Directiva más integrado, lo cual le parece lógico que hay que hacer las exploraciones porque si no, no se podría hacer de otra manera. Reitera, su preocupación es en el sentido de que cuando se informa en la prensa que puede ser una opción, se crean expectativas y cuando se presenta el a consideración de la Junta Directiva, ya hay agentes interesados; inclusive, la misma UNOPS puede estar interesada. Cuantas veces se ha tomado una decisión, porque es una buena idea, pero contra tiempo y en forma acelerada porque ya se creó toda una expectativa.

La señora Presidenta Ejecutiva considera que don Rolando Barrantes, resumió bien el tema sobre qué alcances y expectativas se visualizan, como el aprovechamiento de las oportunidades que hay en función de las necesidades instituciones y del marco jurídico. Asimismo, le gustaría agregar entre otros aspectos, porque hay relaciones con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), entre otros, y todo ese mundo de posibilidades de cooperación técnica y financiera, entre otras. La Institución no está encapsulada, está en la mejor disposición de valorar esas opciones, esa es la razón de este modelo, incluido, en el Modelo de Gestión, no es tomar ningún acuerdo de contratación, sin conocer hacia a dónde se avanza.

Enfatiza el doctor Fallas Camacho en que el tema de la UNOPS, es una especie de alternativa u opción, que si les parece prudente de acuerdo con lo manifestado hoy, se analizaría, porque son opciones adicionales a lo que se puede hacer con organizaciones de otra naturaleza y le parece que don Rolando Barrantes lo estaba sintetizando de una manera adecuada.

En relación con una inquietud, el Dr. Ballesteros Harley señala que en cuanto a la pregunta número cuatro, en el lineamiento del PEI, aporta un insumo para el fortalecimiento de la

capacidad institucional, para la captación de esos recursos, la recomendación técnica internacional sería reembolsable o no reembolsable.

Se delibera y **se dispone** continuar, en una próxima sesión, con el tratamiento del tema.

El doctor Ballester Harley, la licenciada Chavarría Loría y el licenciado Sandoval Salas se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 8º

La señora Presidenta Ejecutiva se refiere al oficio del 2 de julio del año 2015, número PE.45.271-15, firmado por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la nota número COR-HSS&HS 63.02-20778-15, firmada por la doctora Lillian Reneau-Vernon, Representante en Costa Rica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la que comunica, en relación con la solicitud para apoyar un intercambio entre miembros de la Junta Directiva de la Caja y algún país que muestre avances importantes en la organización de redes integradas de servicios de salud, que esa Organización considera que Chile es un país que está avanzando en la reorganización de sus servicios en redes integradas, por lo que consideran conveniente organizar la visita por parte de la Junta Directiva de la Caja, a finales de octubre o principios de noviembre, que son las fechas propuestas por el país anfitrión.

Refiere la doctora Sáenz Madrigal que el 1º de julio del año 2015, la doctora Lilian Reneau-Vernon, Representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), envió una nota la cual se tramitó en correspondencia, pero no se le ha dado respuesta. Básicamente, la doctora Reneau indica que en seguimiento a la visita de la Directora de la OPS, la doctora Carissa F. Etienne, quien estuvo en Costa Rica, en el marco de una reunión subregional y a solicitud de la Caja, dado que se le pidió colaboración a la OPS, para apoyar un intercambio entre Miembros de la Junta Directiva de la Institución y algún país que muestre avances importantes, en la Organización de Redes Integradas de Servicios de Salud. Comenta que cuando se recibió a la doctora Etienne se le preguntó, quién en la región de las Américas podría colaborar en esa lógica y la OPS considera que es Chile, quien puede ayudar, porque es un país que avanza en la reorganización de sus servicios de salud en redes integradas. Por lo que consideran conveniente organizar una visita, por parte de la Junta Directiva de la Caja a finales de octubre o principios del mes de noviembre, fechas propuestas por el país anfitrión y solicitan dos aspectos; primero, confirmar el interés, y segundo, se debe designar una persona de contacto para que le dé seguimiento a la agenda, para basar la preparación de la agenda de la visita. Recuerda que el oficio se había conocido en la correspondencia del 03 de julio de este año, pero está pendiente y, precisamente, en la reunión que tuvieron con la doctora Reneau, les recordó que no se le ha dado seguimiento a esta nota. Por lo cual le parece muy importante definir primero, si la petición que se hizo sigue vigente y de ser así designar a las personas que irían a Chile, se ha hecho referencia de tres días o una semana, no más para que se analice el tema.

En relación con una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez, tendiente a conocer si los expertos podrían venir a Costa Rica, responde la doctora Sáenz Madrigal que se podría hacer ese planteamiento.

Por lo tanto, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** comunicar a la señora Lillian Reneau-Vernon, Representante en Costa Rica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que la Caja Costarricense de Seguro Social agradece la gestión realizada y reitera su interés en el intercambio de experiencias. No obstante, en virtud del grado de avance que se ha alcanzado en Chile y, con el propósito de lograr una mayor comprensión de las expectativas y retos visualizados por la Junta Directiva, así como el máximo aprovechamiento de una futura visita, se ha considerado replantear la posibilidad de que, en un primer momento, personeros de ese país se desplacen a Costa Rica y, posteriormente y ya conocida la experiencia chilena, se valoraría la realización de una visita a ese país, para conocer directamente la experiencia en el terreno.

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

ARTICULO 9°

En relación con lo encargado (artículo 11° de la sesión número 8801 del 17 de setiembre del año 2015) y el nombramiento, en el Comité de Vigilancia del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte, de un miembro suplente por parte del Sector Sindical, la señora Presidenta Ejecutiva señala que, generalmente, ha sido un representante de la Rerum Novarum y es lo que se ha hecho como práctica, pero lo que establece la normativa es que debe existir un acuerdo sindical, para el nombramiento de esas personas. Actualmente, se tiene una situación particular. Hecha la revisión se tiene que los representantes titulares y suplentes de los distintos sectores indicados en el Reglamento serán electos en forma democrática, garantizando la participación de todas las agrupaciones del sector. Lo anterior por cuanto hasta el momento ninguna persona lo ha apelado y no es si no hasta ahora en que el Director Devandas Brenes plantea el asunto. En ese sentido, hay dos acciones: la primera, cumplir con el Reglamento y hacer la consulta a los sectores. Dado que don Mario no está en presente en estas sesiones recomienda que se proceder a realizar la consulta para que se envíe el nombre de la persona que representaría al sector sindical. Aclara que la nota que se tiene es de la Rerum Novarum, porque era como se venía haciendo, pero como ninguna persona lo había cuestionado hasta en ese momento y, ahora, se ha planteado el tema, considera importante que se realice la consulta.

Por consiguiente y de conformidad con lo que establece el artículo 2° del Reglamento para la conformación del Comité de Vigilancia del Régimen de Pensiones de IVM (Invalidez, Vejez y Muerte), que se lee así:

*“Artículo 2.- El procedimiento para la conformación del Comité de Vigilancia.
El Comité de Vigilancia estará conformado por seis miembros titulares de reconocida solvencia moral, experiencia y conocimientos en el campo económico financiero, según se detalla a continuación:*

- i. Un representante de los Sindicatos.*
- ii. Un representante del Solidarismo.*
- iii. Tres representantes del Sector Patronal.*
- iv. Un representante del Movimiento Cooperativista.*

Cada uno de los sectores representados en el seno del Comité de Vigilancia, deberá nombrar un miembro suplente, el cual debe cumplir con los mismos requisitos indicados para los miembros titulares; la participación del miembro suplente en el Comité se dará en caso de que el representante titular no pueda asistir a las sesiones de trabajo.

Los representantes titulares y suplentes de los distintos sectores indicados en este Reglamento serán electos de forma democrática, garantizando la participación de todas las agrupaciones del sector. Una vez electo el representante de cada sector, la Junta Directiva de la CCSS procederá a ratificar al Comité para que inicie sus funciones y se hará la convocatoria a su primera sesión de trabajo”,

la Junta Directiva, en virtud de que el nombramiento de los actuales representantes vence el 28 de noviembre del año en curso –en forma unánime- ACUERDA solicitar al sector sindical que, conforme con la legislación vigente, proceda al nombramiento de un miembro titular y un miembro suplente en el Comité de Vigilancia del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

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

ARTICULO 10º

Conocida la información verbal que presenta la señora Presidenta Ejecutiva y teniendo a la vista la invitación que se le cursa a la señora Gerente Médico, por medio de la comunicación del 1º de los corrientes, suscrita por la doctora María de las Mercedes Martha Juan López, Secretaria de Salud; Dr. José Antonio González Anaya, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social; Mtra. Ana Sofía Charvel Orozco, Directora del Programa de Derecho y Salud Pública ITAM; Dr. Pedro Salazar Ugarte, Director del Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, y Mtro. Gerardo M. Corrochano, Director para Colombia y México del Banco Mundial, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** concederle el respectivo permiso con goce de salario, durante las fechas que se citan. Asimismo, **se acuerda** que el Gerente Financiero, durante el período en referencia, asuma temporalmente las funciones de la Gerencia Médica, dado que la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, participará en Quinto Encuentro Latinoamericano sobre el Derecho a la Salud y Sistemas de Salud “Políticas y acciones para mejorar el acceso a la salud y asumir los desafíos del derecho a la salud”, que tendrá lugar del 30 de setiembre al 2 de octubre próximo, en México.

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

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; las licenciadas Maritza Fernández Cambroner y Ana María Coto Jiménez, Asesoras de la Gerencia Médica.

ARTICULO 11°

Se presenta el oficio N° GM-SJD-36403-2015, fechado 16 de setiembre del año 2015, firmado por la Gerente Médico, que contiene la propuesta de cartel y procedimiento para concurso de Directores Médicos de Hospitales y Áreas de Salud.

La exposición está a cargo de la licenciada Fernández Carvajal, quien, al efecto, se apoya en las láminas siguientes:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
"Propuesta proceso concursal y Cartel para plazas de Directores de Hospitales y Áreas de Salud".
- ii) Normativa aplicable al proceso concursal:
 - Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos.
 - Decreto N° 32670-S "Reforma al Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos".
 - Normas que regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales y sindicales, entre la CCSS y los Profesionales en Medicina.
 - **Artículo 192 de la Constitución Política de Costa Rica.**

iii)



iv)

Distribución de plazas vacantes de Directores de Hospitales y Áreas de Salud, por Dirección Regional de Servicios de Salud	
DIRECCION REGIONAL	Cantidad
REGIÓN CENTRAL NORTE	3
REGIÓN CENTRAL SUR	7
REGION HUETAR NORTE	6
REGIÓN PACÍFICO CENTRAL	1
REGIÓN HUETAR ATLANTICA	1
REGIÓN CHOROTEGA	2
REGIÓN BRUNCA	3
HOSPITALES NACIONALES Y ESPECIALIZADOS	7
TOTAL	30



v)

Centros de Trabajo por Región	
UNIDAD	Total de plazas
REGION CENTRAL NORTE	3
Hospital San Vicente de Paúl	
Área de Salud de Horquetas	
Área de Salud de San Ramón	
REGIÓN CENTRAL SUR	7
Área de Salud de Alajuelita	
Área de Salud de Aserri	
Área de Salud Catedral Noreste	
Área de Salud de Goicoechea 2	
Área de Salud Mata Redonda	
CAIS de Desamparados	
Área de Salud de Hatillo	
REGION HUETAR NORTE	6
Hospital de San Carlos	
Área de Salud de Florencia	
Área de Salud de Aguas Zarcas	
Área de Salud de Guatuso	
Área de Salud de La Fortuna	
Área de Salud de Los Chiles	



vi)

Centros de Trabajo por Región	
UNIDAD	Total de plazas
REGION CHOROTEGA	2
Área de Salud de Nandayure	
Área de Salud de Abangares	
REGIÓN PACÍFICO CENTRAL	1
Área de Salud de San Rafael de Puntarenas	
REGION HUETAR ATLÁNTICA	1
Hospital de Guápiles	
REGION BRUNCA	3
Hospital de Ciudad Neily	
Área de Salud de Buenos Aires	
Área de Salud de Osa	



vii)

Centros de Trabajo por Región	
UNIDAD	Total de plazas
HOSPITALES NACIONALES Y ESPECIALIZADOS	7
Hospital Dr. Calderón Guardia	
Hospital San Juan de Dios	
Hospital México	
Hospital Nacional de Niños	
Hospital Nacional Psiquiátrico	
Centro Nacional de Rehabilitación	
Hospital Dr. Max Peralta Jiménez	



viii) **PLAZAS VACANTES QUE QUEDAN PENDIENTES DE PROCESO CONCURSAL**

- Área de Salud Peninsular (nombramiento por JD, artículo 32º Sesión 8515 celebrada el 30/06/2011, ostenta nombramiento por cinco años hasta el 29/06/2016.
- Hospital de Golfito (nombramiento por JD, artículo 30º Sesión 8585 celebrada el 14/06/2012, ostenta nombramiento por cinco años hasta el 31/05/2017.
- Área de Salud de Naranjo (nombramiento por JD, artículo 11º Sesión 8505 celebrada el 28/04/2011, ostenta nombramiento por cinco años hasta el 30/04/2016.
- Área de Salud de Esparza (nombramiento por JD, artículo 12º Sesión 8505 celebrada el 28/04/2011, ostenta nombramiento por cinco años hasta el 28/04/2016.

ix) **PLAZAS VACANTES QUE QUEDAN PENDIENTES DE PROCESO CONCURSAL**

- Área de Salud de Zarcero (nombramiento por JD, artículo 32º Sesión 8515 celebrada el 30/06/2011, ostenta nombramiento por cinco años hasta el 29/06/2016
- Área de Salud Tibás-Merced-Uruca, sujeto al resultado del concurso del Hospital México, según acuerdo primero de la Junta Directiva en el artículo 17º, de la sesión Nº 8232, celebrada el 6 de marzo del 2008, donde se indicó:

“... El Dr. Douglas Montero Chacón mantendrá sus derechos sobre la plaza número 05649 de Médico Director 1, que ocupa en el Área de Salud Tibás-Merced-Uruca (Clínica Clorito Picado) para concursar de acuerdo con la reforma al Estatuto de Servicios Médicos, transitorio 5. ...”

x) Jurado calificador:

En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 11º del Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos que a la letra dice: “en relación al nombramiento de Directores y Subdirectores, el Jurado que escogerá la terna será nombrado, libremente, por la Junta Directiva, Junta de Protección o Patronato correspondiente, integrándolo con tres (3) médicos con amplia experiencia en dirección hospitalaria”, se propone los siguientes nombres que integran el Jurado Calificador:

xi) Jurado calificador:

NOMBRE	LUGAR DE TRABAJO
Dr. Fernando Morales Martínez, Coordinador	Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología
Dra. Neima Alemán Solano	Hospital Dr. Roberto Chacón Paúl
Dr. Alexis Madrigal Rodríguez	Hospital Dr. Escalante Pradilla

xii)

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN		
	Categoría	Requisitos obligatorios
G-3	Médico Jefe 2 Médico Director Área de Salud Nivel 1	-Médico Cirujano -Maestría en Administración de Servicios de Salud / Máster en Economía de la Salud / Máster en Salud Pública / Gerencia de Hospitales o cualquier otra Maestría o Especialidad afín a esta rama (Obligatorio para el puesto, según Reforma Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos- Decreto No. 32670-S del 07 de octubre del 2005) -Entre uno y dos años de experiencia en labores médico-profesionales relacionadas con el puesto. -Haber realizado estudios en administración hospitalaria. Requisito Legal: Incorporado al Colegio de Médicos y Cirujanos.
G-4	Médico Jefe 3 Médico Director Área de Salud Nivel 2	-Médico Cirujano -Maestría en Administración de Servicios de Salud / Máster en Economía de la Salud / Máster en Salud Pública / Gerencia de Hospitales o cualquier otra Maestría o Especialidad afín a esta rama (Obligatorio para el puesto, según Reforma Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos- Decreto No. 32670-S del 07 de octubre del 2005) -Entre dos y cuatro años de experiencia en labores médico- profesionales relacionadas con el puesto. -Haber realizado estudios en administración hospitalaria. Requisito Legal: Incorporado al Colegio de Médicos y Cirujanos.



xiii)

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN		
G-5	Médico Jefe 4 Médico Director de Hospital Periférico 1	-Médico Cirujano -Maestría en Administración de Servicios de Salud / Máster en Economía de la Salud / Máster en Salud Pública / Gerencia de Hospitales o cualquier otra Maestría o Especialidad afín a esta rama (Obligatorio para el puesto, según Reforma Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos- Decreto No. 32670-S del 07 de octubre del 2005) -Entre dos y cuatro años de experiencia en labores médico profesionales relacionadas con el puesto. -Haber realizado estudios en administración hospitalaria. Requisito Legal: Incorporado al Colegio de Médicos y Cirujanos.
G-6	Médico Director 1 Médico Director Área de Salud Nivel 3, Hospital Periférico 2 ó 3	-Médico Cirujano. -Maestría en Administración de Servicios de Salud / Máster en Economía de la Salud / Máster en Salud Pública / Gerencia de Hospitales o cualquier otra Maestría o Especialidad afín a esta rama (Obligatorio para el puesto, según Reforma Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos- Decreto No. 32670-S del 07 de octubre del 2005) -Entre dos y cuatro años de experiencia en labores médico-profesionales relacionadas con el puesto. -Haber realizado estudios en administración hospitalaria. Requisito Legal: Incorporado al Colegio de Médicos y Cirujanos.



xiv)

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN		
G-7	Médico Director ² Médico Director Hospital Regional	-Médico Cirujano -Maestría en Administración de Servicios de Salud / Máster en Economía de la Salud / Máster en Salud Pública / Gerencia de Hospitales o cualquier otra Maestría o Especialidad afín a esta rama (Obligatorio para el puesto, según Reforma Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos- Decreto No. 32670-8 del 07 de octubre del 2005) -Entre tres y cinco años de experiencia en labores médico-profesionales relacionadas con el puesto. -Haber realizado estudios en administración hospitalaria. Requisito Legal: Incorporado al Colegio de Médicos y Cirujanos.
G-8	Médico Director ³ Médico Director Hospital Nacional o Especializado	-Médico Cirujano -Médico Especialista en la especialidad correspondiente a la categoría de Hospital Especializado (CENARE en Medicina Física y Rehabilitación, Fisioterapia o Rehabilitación, Hospital Nacional de Niños en Pediatría y Hospital Nacional Psiquiátrico en Psiquiatría) -Maestría en Administración de Servicios de Salud / Máster en Economía de la Salud / Máster en Salud Pública / Gerencia de Hospitales o cualquier otra Maestría o Especialidad afín a esta rama (Obligatorio para el puesto, según Reforma Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos- Decreto No. 32670-8 del 07 de octubre del 2005) -Entre tres y cinco años de experiencia en labores médico-profesionales relacionadas con el puesto. -Haber realizado estudios en administración hospitalaria. Requisito Legal: Incorporado al Colegio de Médicos y Cirujanos.



xv) Otros requisitos e información general:

- Para comprobar los requisitos obligatorios y legales, el participante debe presentar una certificación actualizada del Colegio respectivo, extendida con una anticipación de un mes o menos a la fecha de cierre del concurso.
- Certificar estudios de posgrados de Administración de las ramas mencionadas en los requisitos académicos y legales antes establecidos.
- Presentar copia del currículum vitae y atestados completamente foliada desde la primera página hasta la última, presentado como primera página un índice que describa cada uno de los folios incluidos en el currículum.
- Presentar nota de solicitud de inscripción al concurso priorizando la o las plazas por orden de interés.

xvi) Otros requisitos e información general:

- Los requisitos de participación serán de acuerdo con la Ley del Estatuto de Servicios Médicos y su Reglamento y el Reglamento General de Hospitales. La plaza se adjudicará de acuerdo con lo establecido en las Leyes y Reglamentos Vigentes.
- El horario será de acuerdo con lo establecido en el artículo 143 del Código de Trabajo.

- Al momento de la publicación, podrán participar los profesionales en medicina que tengan nombramiento en propiedad o interino con seis meses o más de antigüedad en la C.C.S.S.

- Salario, de acuerdo con el Índice Salarial vigente en la Institución:
Salario Base, Antigüedad, Incentivo Carrera Hospitalaria, Bonificación Adicional Profesionales en Ciencias Médicas de Hospitales, Carrera Profesional, Retribución no ejercicio liberal de la profesión.

xvii) De la convocatoria e inscripción:

De la Convocatoria:

La Gerencia Médica en coordinación con la Gerencia Administrativa y su unidad competente de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, mediante un primer aviso al menos con treinta (días) naturales antes del cierre del concurso, en un medio de comunicación escrito de mayor circulación a nivel nacional, convoca a todos los profesionales en medicina que se desempeñen en funciones administrativas, con un período superior a seis meses de nombramiento en la Caja, sobre la inscripción correspondiente para la participación en los concursos en propiedad en plazas vacantes de Directores de Hospitales y Áreas de Salud, las cuales estarán publicadas en el PORTAL DE RECURSOS HUMANOS y un segundo aviso de recordatorio 10 (diez) naturales antes del cierre de la fecha para recibir las ofertas concurso.

Inscripción:

Las personas interesadas, deberán hacer su inscripción en la Unidad de Gestión de Recursos Humanos del Centro de trabajo donde se ubique la plaza de su interés y por cualquier otra plaza(s) detallada(s) en el cartel, el día _ del 2015, hasta las catorce horas.

xviii) Recomendación y propuesta de acuerdo:

Una vez presentada la propuesta de cartel y procedimiento para concurso en propiedad de Directores Médicos de Hospitales y Áreas de Salud, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva:

- Por competencia técnica instruir a la Gerencia Administrativa para que proceda a realizar la revisión e implementación de la propuesta de cartel y procedimiento para concurso en propiedad de Directores Médicos de Hospitales y Áreas de Salud.

A propósito de la propuesta del proceso concursal y Cartel para plazas de Directores de Hospitales y Áreas de Salud, la Directora Alfaro Murillo señala que en cuanto a la clasificación de los hospitales, desea conocer por qué la plaza que se indica de Médico Director 2, aparece en el Hospital San Vicente de Paul con la plaza Nº 5397, como Hospital Periférico 3.

Sobre el particular, indica la doctora Villalta Bonilla que, efectivamente, es un error porque ya es un Hospital Regional.

Respecto de una inquietud del Director Fallas Camacho, señala la señora Presidenta Ejecutiva que se está cumpliendo con la Normativa que establece la Ley de Incentivos Médicos, si el día de mañana el área de salud no se va a denominar así, pero va a tener un establecimiento, aunque se le modifique el nombre, sigue siendo el área, es decir, no se va a modificar en el fondo y, presupuestariamente, hay que irlo modificando.

Al respecto, indica el Dr. Fallas Camacho que para modificar el área hay que cambiar y adecuar el Modelo, lo que sucede es que se están comprometiendo con el tema, porque no se indica que sí ni no, simplemente, para tener conciencia porque, inclusive, es un elemento que en la Comisión de Salud, se tendrá que dar como implícito, porque es complicado echar para atrás esos procesos.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y manifiesta algunas preocupaciones en la línea de lo que plantea el doctor Fallas Camacho, se explicitaba el marco normativo que regula todo ese tema, porque los nombramientos se resuelven directamente por la Gerencia Médica, no se tiene que presentar a la Junta Directiva. Lo comenta porque se establece un mecanismo de un jurado que clasifica y en ningún caso, se observa cual es el nivel de resolución que tiene el Órgano Colegiado, porque ni en la recomendación, ni en la propuesta de acuerdo, hay una explícita aprobación, sino que es una remisión a ejecutar, directamente, por la Gerencia Médica.

Aclara la doctora Villalta Bonilla que el Reglamento indica que el jurado debe estar conformado, por médicos directores que tienen que estar en propiedad en el puesto, para asegurarse que no van a participar en el concurso, se hace explícito que tiene que conformarse por atestados, este jurado califica los atestados, define una terna y de ésta, dependiendo como se defina que no está explícito, por si la Junta Directiva quiere participar en la terna y definir a los directores, no habría ningún problema. Por ejemplo, si la terna es de la Región, el Director Regional puede seleccionar al director del área, si es de hospitales nacionales, lo elige la Gerencia Médica o la Junta Directiva, pero el jurado llega hasta el planteamiento de la terna y la escogencia, se puede definir en la Junta Directiva y hasta que sea elegible, se tiene una terna con tres elegibles, dado los atestados, tienen un mayor puntaje, hasta esa etapa concluye la parte del jurado. De tal manera que si los Miembros de la Junta Directiva, son quienes definirían si todos los candidatos para ocupar un puesto de director, se presentan a consideración de la Junta Directiva, o si se solicita una recomendación al Director Regional, o si la Gerencia Médica presenta la propuesta de nombramiento de los hospitales nacionales ante la Junta Directiva.

Continúa el licenciado Barrantes Muñoz y anota que la otra inquietud, es porque se indicó que se está nombrando, prácticamente, el equipo que va a tener en sus manos la Institución; en la parte sustantiva, ese aspecto le genera mucha preocupación, desde el punto de vista de cuál es el procedimiento que garantice la mejor selección del equipo, en el momento en que se está discutiendo toda una propuesta de fortalecimiento del Modelo de Salud. Enfatiza en que no quiere determinar el tema como un proceso aislado y desintegrado de todo ese otro proceso que se viene dando, como se indica en el artículo 10° del Reglamento de la Junta Directiva, para solicitar que la propuesta no se apruebe y se tenga tiempo suficiente para analizar el tema en toda su complejidad. No deja de preocuparle sobre manera que ese jurado calificador, por lo que se indica que debe ser definido por la Junta Directiva pero, prácticamente, el concurso se presenta hecho, no conoce quiénes son, supone que son personas con amplia experiencia, pero la Junta Directiva, no tiene la oportunidad de seleccionar quiénes integran el jurado.

La Dra. Sáenz Madrigal señala que esta propuesta que está presentando la Gerencia Médica, responde a la decisión que tomó la Junta Directiva de promover a concurso a funcionarios que están nombrados en forma interina, en el caso de las Direcciones Médicas, Directores de Áreas y Hospitales, se rigen por el Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos, donde se establece como se debe hacer el concurso y no como se toma la decisión de las personas. Lo que la Gerente Médica preparó es con base en lo que establece el Estatuto de Servicios Médicos y los funcionarios que cumplen con los requisitos de quienes van a conformar ese jurado, porque son muy pocos los directores médicos que están en propiedad y el Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos lo establece, por ejemplo, a nivel nacional, quiénes son los que están nombrados en propiedad y son todos los otros hospitales que no están incluidos en la propuesta. No hay mucho de donde seleccionar, porque el Reglamento del Estatuto establece que son directores de ese nivel que están en propiedad; entonces, la Gerencia Médica hizo este trabajo para presentar la propuesta. Hoy lo que se estaba solicitando es la autorización para promover el concurso y se inicie el proceso de presentar atestados, entre otros aspectos. Lo anterior, para aclarar que en el marco en el que están y que estaría aprobando el Órgano Colegiado, se revisó que todos los funcionarios que están contenidos en la propuesta están nombrados interinamente y esa plaza no la tiene en propiedad ningún funcionario, pero no se está definiendo en este momento, quienes van a ser los directores, porque no es el proceso de la toma de decisión. Le parece que el tema es en el sentido de que la Junta Directiva, debe dar alguna instrucción a la Gerencia Médica, para la selección que corresponde a otro momento. En este sentido, se escucharían cuáles son las recomendaciones para la selección.

Interviene el Auditor y en la línea de don Rolando Barrantes, señala que revisó el documento y en el punto que plantea don Rolando, el artículo 11° del Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos indica que en relación con el nombramiento de directores y subdirectores, el jurado escogerá la terna y serán nombrados libremente por la Junta Directiva. Entonces, pareciera con ese artículo que es la Junta Directiva, luego, se indica en el artículo 7° del Reglamento del Estatuto, que en alguna parte el documento que se presenta indica, que el coordinador lo nombrará el Gerente Médico y no es así, lo que indica ese artículo 7° es que el coordinador se nombra entre los elegidos, igual en el documento se indica que la convocatoria se hará para todos los médicos, en funciones administrativas y esa situación está en contra del Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos, el cual establece que los médicos interesados. Entonces, si se establece de esa forma desde un inicio va a provocar una limitación y un entramiento. Le parece que se le pueden enviar las observaciones a la Dra. Villalta y son de procedimiento, no atrasa cualquier acuerdo que la Junta Directiva quiera tomar.

La Directora Alfaro Murillo a manera de observaciones, indica que cuando lee, específicamente, en la página número cinco, donde se inicia con los requisitos de participación; el tema es que como la Junta Directiva, sobre el documento que entregó la Gerencia Médica, le inquieta en cuanto a la categoría Médico Jefe 2, Médico Director Área de Salud y se indica Médico Cirujano, luego, se indica Maestría en Administración de Servicios de Salud/Master en Economía de la Salud, en ese caso prefiere que se indique o, porque el tema es que puede ser cualquiera de esas maestrías pero, después, se señala entre uno y dos años de experiencia, en labores médicas profesionales relacionadas con el puesto, pregunta por qué indicar entre uno y dos años de experiencia si tiene tres años, entonces, el candidato no califica.

Indica la licenciada Fernández Cambronero que el requisito es un mínimo y se indica en el Manual Descriptivo de Puestos.

Al respecto, indica la Ing. Alfaro Murillo que no se indica en el documento, pero le parece que se indique que entre uno y dos años es mejor, que señalar que el mínimo es uno, porque no le quedó claro si es uno o dos. Adicionalmente, se indica haber realizado estudios en Administración Hospitalaria, supone que en la calificación, aparece que si es Maestría tiene un puntaje, si es un estudio técnico, pero en el momento de establecerlo en el requisito general y al ser tan genérico, cualquier especialidad calza y uno de los casos que se observa en la administración, porque aprendió que no cualquier aspecto se asemeja con esos dos elementos. En ese sentido, no si existe otro documento en el que estaría, pero la implicación que se tiene, es que se observa el documento que tiene y, luego, algún participante apela e indica que el que la Junta Directiva analizó fue ése y el candidato que se eligió tiene tres años de experiencia y en el documento se indica uno y dos. Por lo que sugiere que se elimine y en la parte de los requisitos, aunque hay un manual y demás, si no se adjunta en el documento y sobre el que se tiene, el cual aprueba o toma cualquier decisión, en ese sentido, le parece se debe depurar esa información para que quede clara.

Respecto de una pregunta del Director Loría Chaves, tendiente a conocer si cuando se indica Médico Cirujano como requisito, está establecido en el estatuto o por norma, responde la licenciada Fernández Carvajal que el requisito está contenido en ambos.

Sobre el particular, el licenciado Loría Chaves que no está de acuerdo aunque esté en ambos, no puede entender que para un Área de Salud 1, por ejemplo, haya un cirujano el cual hace falta en un hospital.

Indica la doctora Sáenz Madrigal que el título de los Médicos Generales, todos son Médicos Cirujanos, no es especialidad y el Colegio de Médicos les extiende el título de Médico Cirujano.

Continúa don José Luis Loría y manifiesta sus preocupaciones ligadas al tema de don Rolando y don Oscar, sobre el asunto de cómo ese proceso sea más integral, para poder darle una respuesta integral. Conoce que se rige por el Reglamento del Estatuto de Servicios Médicos, pero que las direcciones médicas y las administraciones sean nombradas indefinidamente, le preocupa y conoce que así lo establece la Ley. Repite, le preocupa que los que ocupan esos puestos sean inamovibles, porque si la gestión del centro de salud está mal, se tiene una imposibilidad de poder solucionar la problemática. Por otro lado, existen temas vinculados a este asunto y es necesario que se discutan con prontitud, en el modelo y demás. Por ejemplo, redefinir las competencias del médico director y director financiero, es urgente y está en una situación crítica, donde muchos médicos, no todos, que muchas de las funciones que realizan en la parte administrativa, se trasladen al sector financiero-administrativo, porque se relaciona con la calidad de la gestión en el centro. Siente que falta analizar ese tema, con más tranquilidad y calma, a pesar de que reconoce el esfuerzo que hace la Gerencia Médica y la Dirección de Administración y Gestión y Administración de Personal, para presentar lo que solicitó la Junta Directiva. Considera que es importante que se tome más tiempo para adoptar un acuerdo.

Indica la doctora Sáenz Madrigal que la solución del asunto tardará en alrededor de cinco a seis años y, en lo personal, ha retomado el tema por el hecho de que se deben revisar las funciones de

los funcionarios administrativos pero, independientemente, del tema de los funcionarios que están en funciones de director.

En cuanto a una pregunta del Director Fallas Camacho, señala la doctora Villalta Bonilla los directores se pueden nombrar por más tiempo, el problema es que tiene que haber un director de hospital especializado y solo están nombrados en propiedad, el director del Hospital Blanco Cervantes y el director del Hospital Chacón Paut.

El licenciado Barrantes Muñoz señala que como se han realizado observaciones, en términos de cómo hacer un abordaje y con todo el esfuerzo, considera que se debe avanzar en esa tarea. Por ejemplo, si se puede avanzar en la definición de competencias, lo cual es importante y no conoce si dentro del marco de lo que permite la Ley, no hay mecanismos de evaluación que permitan indicar que se pueden hacer ajustes.

Respecto de una inquietud la doctora Sáenz Madrigal refiere que existe una evaluación del desempeño de los directores, la cual debe ser revisada.

Sobre el particular, el licenciado Barrantes Muñoz está de acuerdo y considera que debe quedar explicado en el documento, para efecto que no se tenga ninguna duda, en términos de que son las reglas que están establecidas en el concurso, esas son los funcionarios que van a gestionar la Caja, en cuanto a la prestación del servicios de salud.

Aunado a lo anterior, la doctora Sáenz Madrigal indica que no se puede solucionar la problemática de la Institución, por ejemplo, “en vuelo, no se puede bajar a los pilotos si se está volando”, es importante entender que esta Institución está en “pleno vuelo”, se debe ir paso por paso e ir ajustando, porque el “avión no se puede caer”. La gran preocupación que se tiene es que si bien no hay prisa para aprobar la propuesta, no se puede esperar a tener la evaluación del desempeño y que empiece el Modelo de Atención y la nueva presupuestación. Le preocupa, porque de lo contrario no se logrará solucionar el nombramiento interino de esos puestos.

Sugiere el Director Alvarado Rivera que dado que existe el documento reglamentariamente, entonces, debe existir una evaluación del desempeño de los funcionarios, según el Reglamento el cual puede ser modificado por esta Junta Directiva.

Se toma nota, finalmente, de que con base en lo deliberado, en una próxima sesión, se presentará la propuesta, que contemple las observaciones hechas y se procederá a tratar el asunto.

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

ARTICULO 12°

Se presenta el oficio N° GM-SJD-36644-2015, de fecha 21 de setiembre del año, suscrito por la Gerente Médico, que contiene la propuesta de financiamiento de hospedaje, alimentación y tiquetes aéreos a favor de la Dra. Felicia Knaul, doctora en Economía de la Universidad de Harvard y licenciada en Desarrollo Social de la Universidad de Toronto, para que participe en las actividades que se desarrollarán en la Caja dirigidas a la prevención del cáncer de mama, durante el mes de octubre, en que se conmemora, el 19 de octubre, el *Día mundial para la prevención del cáncer de mama*.

La señora Presidenta Ejecutiva se refiere a la solicitud de autorización para cubrir el pasaje y la estancia de la Dra. Felicia Knaul, porque viene a participar en las actividades de cáncer de mama que se desarrollarán en el mes de octubre de este año. Hay un programa preliminar que tiene programadas actividades, por ejemplo, participar en una de las entrevistas en Teletica Canal 7, conferencias de prensa, en el Foro de las Mujeres y en el Día Mundial del Paciente de Trasplante. Además, tendrá un convivio con pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, tiene programada una conferencia al interior de la Junta Directiva de la Caja, que está por definirse la hora, dada la disponibilidad del auditorio. La doctora Knaul es una economista de origen canadiense que en la actualidad forma parte de la Universidad de Miami. Por un período prolongado ha trabajado el tema de economía de la salud, en la Región de las Américas y es la Coordinadora del Programa de Equidad de la Universidad de Harvard, el cual fue financiado con el Premio Nobel Amartya Sen. La Dra. Knaul maneja el tema de equidad en salud, en términos generales y se ha dedicado a abordar el tema de cáncer de mama. Su visita sería llegando al país el día 12 de octubre de este año y las actividades son los días 13 y 14 de este mes y estaría regresando a Miami el 15 de octubre en la mañana. Lo que se le solicita a la Junta Directiva es la autorización de un monto máximo de un tiquete, que va a depender del costo total y los viáticos. Ella viene dentro del marco de celebración del Programa del Cáncer de la Caja. Hay todo un programa que no se ha presentado, pero hay muchas actividades que como Institución se están programando. Hay actividades de educación en hospitales, la iluminación de color rosa de las Oficinas Centrales, la energía eléctrica la donará la Compañía Nacional de Fuerza y Luz, la composición de una pieza musical, una cuña radiofónica y signos externos. El mes rosa está lleno de carreras y de actividades, es decir, el próximo domingo se empieza con la caminata.

Pregunta la Directora Soto Hernández cuál es la relación que hay con el Dr. Luis Bernardo Sáenz.

Responde la doctora Sáenz Madrigal que como la actividad es del tema de cáncer de mama y el Dr. Sáenz trabaja con el Programa de Cáncer, se ha coordinado con él, el desarrollado todas las actividades. El domingo empiezan las actividades de cáncer de mama del mes denominada Corre por Mí, luego, la carrera de Ana Gabriela Ross, entre otras. Todos los domingos en este mes de Rosa hay caminatas.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio firmado por la señora Gerente Médico, número GM-SJD-36644-2015, de fecha 21 de setiembre del año en curso y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva -en forma unánime- aprobar el financiamientos, según en adelante se detalla, a favor de la Dra. Felicia Knaul, doctora en Economía de la Universidad de Harvard y Licenciada en Desarrollo Social de la Universidad de Toronto, para que participe en las actividades programadas para el 13 y 14 de octubre del presente año, que se desarrollarán en la Caja Costarricense de Seguro Social dirigidas a la prevención del cáncer de mama, durante el mes de octubre, en que se conmemora, el 19 de octubre, el *Día mundial para la prevención del cáncer de mama*:

- a) Compra del tiquete aéreo por un monto de hasta US\$1500 (mil quinientos dólares), con el itinerario: Miami, Estados Unidos-San José, Costa Rica (venida y regreso) en clase ejecutiva, dada la condición de salud que requiere dicha atención.
- b) Viáticos por US\$199 (ciento noventa y nueve dólares) diarios para hospedaje y alimentación, según escala de las Naciones Unidas, para un monto total de US\$796 (setecientos noventa y seis dólares) del 12 al 15 de octubre del año 2015.

Para el financiamiento se tomarán fondos de la Ley 9028 “Ley de control del tabaco y sus efectos nocivos para la salud”, que se administran por medio de la Unidad Programática 2917, del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer.

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

El señor Auditor se disculpa y se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Manuel Navarro Correa, Director de la Unidad Técnica de Listas de Espera, y la doctora Marjorie Cascante Gómez, funcionaria de la Unidad Técnica de Listas de Espera.

ARTICULO 13º

Se presenta el oficio del 23 de setiembre del año en curso, número GM-SJD-36844-2015, firmado por la señora Gerente Médico, que contiene la propuesta en cuanto a la Atención de la patología de mama a través, de nuevos modelos de atención con calidad y calidez.

La exposición está a cargo del doctor Navarro Correa, con base en las siguientes láminas:

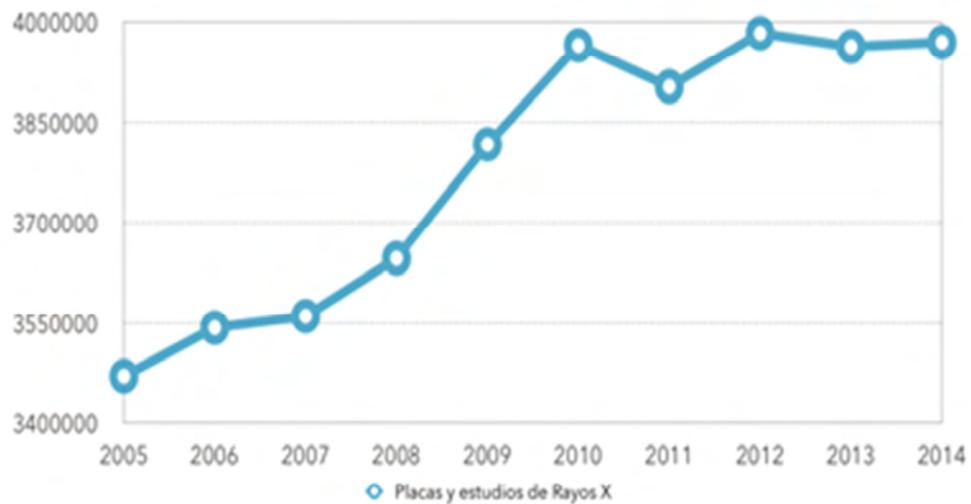
- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Atención de la patología de mama a través, de nuevos modelos de atención con calidad y calidez
Setiembre 2015.

2)



3)

Comportamiento de la producción de placas y estudios radiológicos no contrastados en los Servicios de Radiología 2005 - 2014



Fuente: Área de Información Estadística e Información en Salud.

4)

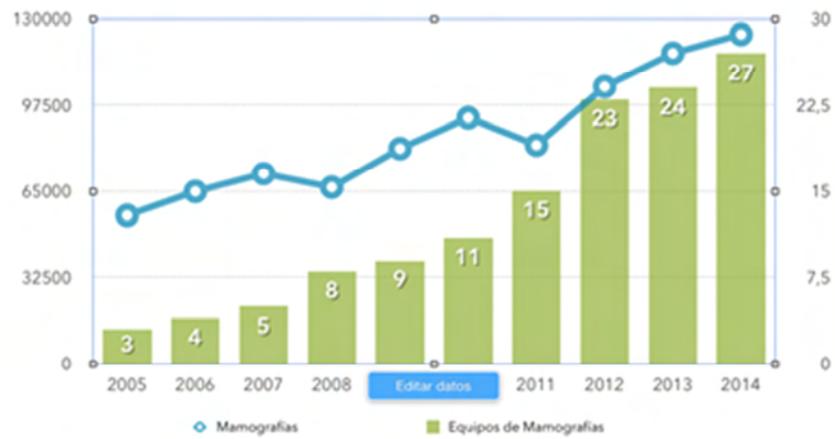
Comportamiento de la producción de placas y estudios radiológicos contrastados en los Servicios de Radiología 2005 - 2014



Fuente: Área de Información Estadística e Información en Salud.

5)

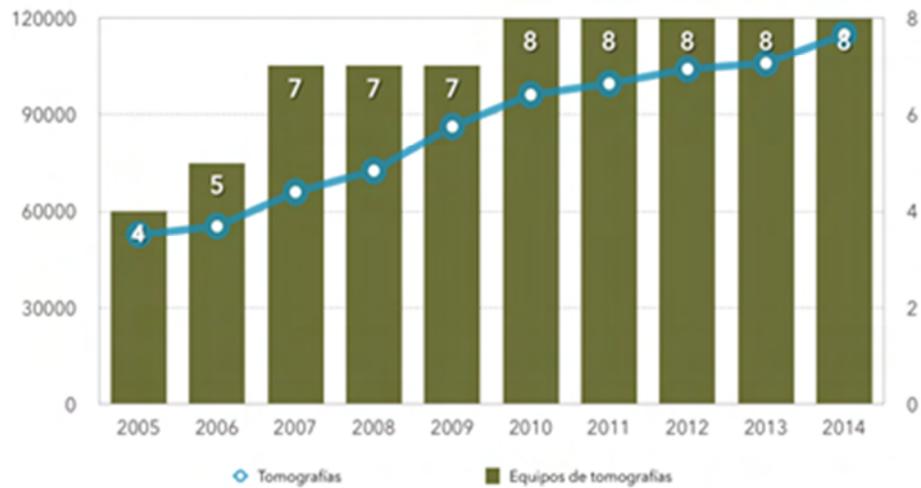
Comportamiento de la producción de Mamografías en los Servicios de Radiología 2005 - 2014



Fuente: Área de Información Estadística e Información en Salud.

6)

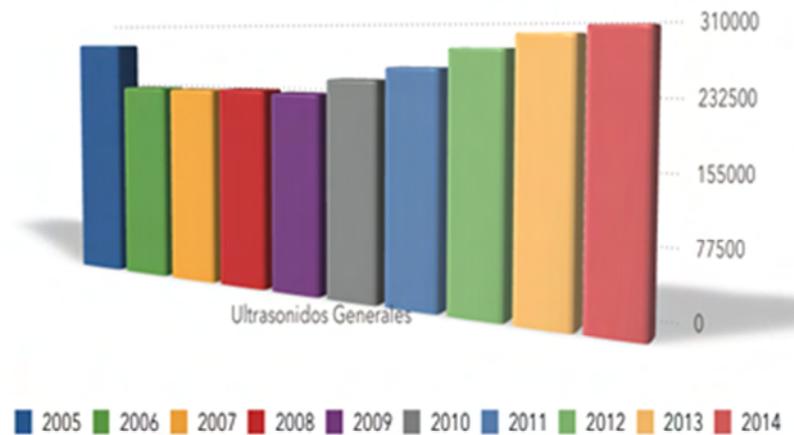
Comportamiento de la producción de Tomografías Computarizadas en los Servicios de Radiología 2005 - 2014



Fuente: Área de Información Estadística e Información en Salud.

7)

Comportamiento de la producción de estudios ultrasonográficos generales en el Territorio Nacional 2005 - 2014



Fuente: Área de Información Estadística e Información en Salud.

8)

Comportamiento de la producción de estudios ultrasonográficos gineco-obstétricos en el territorio Nacional 2005 - 2014



Fuente: Área de Información Estadística e Información en Salud.

9) Antecedentes:

- Artículo 28 de la Sesión de Junta Directiva Sesión 8630 celebrada el 21 de marzo del 2013.
 - Equipo itinerante.
- Artículo 14 de la Sesión 8709 del 8 de abril del 2014
 - Continuidad.

10) Objetivo general:

- Ofrecer a la población nacional, tiempo oportunos de atención en la patología mamaria benigna u oncológica con reportes de mamografías menores a 31 días una vez realizado el mamograma.

11) Objetivos específicos:

- Analizar el comportamiento de la gestión de los servicios de radiología en materia del proceso de reporte de mamografías y su capacidad de respuesta en número de reportes y tiempo de respuesta.
- Prescribir un modelo de atención innovador para la interpretación de estudios, que asegure a la población que requiera un reporte de mamografías en un plazo menor a los 31 días naturales una vez realizado el mamograma.

- Proponer un modelo atención a las personas que se les identifique lesión sospechosa de malignidad, a efecto de que su atención sea oportuna, con calidad y calidez.
- 12) Alcance:
- La propuesta se encuentra elaborada para iniciar en su primera fase en el mes de octubre 2015, para la atención la cual que progresivamente deberá ser promovida por red de servicios atendiendo la totalidad de estudios mamográficos de la jornada ordinaria bajo este modelo. Ofreciendo las horas utilizadas dentro de la jornada ordinaria para la realizar estudios ultrasonográficos.
- 13) Limitación:
- El factor de riesgo externo a materializarse es la participación de los especialistas en radiología, seguida del envío en tiempo y forma de la información personalizada de los estudios pendientes por realizar y por reportar, por parte de las Direcciones Médicas.
- 14) Justificación Administrativa
Abril 2015
- Distribución de actividades
 - 37% Interpretación estudios. (40% TAC y 60% MAG)
 - 35% ecografías.
 - 16% Labores Administrativas. (alimentación)
 - 8% Estudios Invasivos.
 - 4% interconsultas y academia.
 - Observación: 16675 horas - 66,700 reportes J.O. – Diferencia en tiempo extra.
 - Capacidad interpretación para el 53%.
- 15) Demanda Insatisfecha
Reportes y realización de mamografías
- Reportes
 - 23,000 pendientes
 - Realización mayor a 90 días.
 - 8.450 estudios.
 - 71% (Hospital San Carlos, Heredia, Calderón Guardia y Marcial Fallas).
- 16) Modelo de pago:
- Modelo de pago anterior: Costo 5.206 colones con cargas sociales. (3,800 colones)
 - Modelo Actual: Costo 6,165 colones con cargas sociales. (4,500 colones)
 - Guardia

- Lunes a jueves: 373,274. (60 lecturas)
 - Sábado: 545,534 (88 lecturas)
 - Domingo: 641,464 (104 lecturas)
- Condiciones
 - 3 días hábiles para reportar.
 - Reporte impreso y firmado.
 - Lesiones sospechosas tienen prioridad.
- 17) Impacto y financiamiento:
- El impacto esperado con la ejecución de este tipo de proyecto es la ejecución de un proyecto de 6 meses divididos en dos trimestres comprendidos entre el mes de octubre a diciembre 2015 y enero a marzo 2016, siendo la producción y los costos esperados los siguientes:
 - Primer trimestre octubre a diciembre 2015: 58,000 reportes a un costos con cargas sociales de 357,570,000.00 millones de colones.
 - Segundo trimestre enero a marzo 2016: 36,000 reportes a un costo con cargas sociales de 221,940,000.00 millones de colones.
 - Para un total de realización de interpretaciones de 94,000 mamografías a un costo de 579,510,000.00 millones de colones y un impacto para ambos tractos de pazos iguales o menores a 31 días promedios de interpretación una vez realizada la mamografías.

18) ANALISIS PROPUESTA DE COOPESIBA R.L.

- Oficio COOP-GG-101-2015 suscito por el Ing. Oscar Abellán Villegas, Gerente General de COOPESIBA R.L., mediante el cual hace de conocimiento de la administración una oferta para la interpretación de al menos 20 mil mamografías.
- No se puede considerar una oferta.

19)



20) Contratación actual:

- OBJETO: efectuar la prestación de servicios de atención integral en salud bajo la modalidad de **un primer nivel de atención reforzado**. (pediatra, ginecoobstetra y geriatría o medicina interna).
- Servicios no contemplados en el cartel de la contratación.

21) Recomendación y propuesta de acuerdo:

- La Gerencia Médica, un vez presentado el Proyecto para la atención de la patología de mama, mismo que promueve la pertenencia y continuidad de un modelo de pago que procura desocupar horas ordinarias, para la realización de estudios ecográficos y reducción de los plazos de espera en lo que respecta al reporte de mamografía; mezclando de manera conjunta una metodología para la atención de los pacientes con lesiones sospechosas neoplásicas, así como el análisis del oficio COOP-GG-101-2015 suscrito por el Ing. Oscar Abellán Villegas, Gerente General de COOPESIBA R.L., mediante el cual hace de conocimiento de la administración un oferta para la interpretación de al menos 20 mil mamografías, recomienda a la Junta Directiva:
 1. Aprobar el Proyecto presentado por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-36844-2015 de fecha 24 de setiembre del 2015, así como la modalidad de pago ahí establecida.
 2. Instruir a la Gerencia Financiera para que realice los trámites presupuestarios correspondientes, para brindar el contenido económico para que permita ejecutar el Proyecto aquí aprobado.
 3. Instruir a la Gerencia Médica para que presente ante la Junta Directiva, el respectivo informe sobre los resultados obtenidos, una vez finalizado el período de ejecución del proyecto.

El doctor Manuel Navarro expone que el Servicio de Radiología maneja esta serie de actividades individuales para su realización y todas excepto las Ecografías que son los ultrasonidos, son realizados por técnicos. Bajo esa connotación se presenta una gráfica muy rápida de lo que es la producción de los diferentes procedimientos en el Servicio, estudios no contrastados, de los años 2005 al 2014 y se determina que hubo un incremento. Lo que corresponde a estudios contrastados, son en los que se necesita que se introduzca en el organismo un medio de contraste, para poder determinar el resultado y se produjo un incremento. Además, se incluye la información y en las barras verdes de las gráficas se observa la cantidad de equipos que se han adquirido, durante los años y la producción. También se tiene que la producción de mamografías va en incremento y es poca la adquisición de equipos; no obstante, se produce solamente en el primer turno, aspecto que es importante de resaltar. Por otra parte hay tomografías con incremento de los equipos y en la producción. Asimismo, se logra observar el incremento en los diferentes años de la producción, de lo que son ultrasonidos generales y la división que hay con fines obstétricos, dado que los posgrados adquirieron la capacitación de los ginecólogos, para ultrasonido para disminuir las listas de espera en Radiología. Bajo esta situación se tiene antecedentes del mes de marzo del año 2013, en ese momento hubo un problema de un incremento en la cantidad de mamografías. Recuerda que la Prensa publicó información respecto de una denuncia de cincuenta mil mamografías en lista de espera, por lo que se comenzó a

analizar el conteo y la cantidad de mamografías y se logró determinar que se tenían pacientes repetidas, que se les había realizado la mamografía y no habían sido reportadas. Por lo que en ese momento, se modificó la metodología de conteo a la actual, la que consiste en contar los pacientes de primera vez, bajo una base nacional que envían los hospitales. También se incluyó equipo itinerante, que fue una de las ideas de poner un equipo en Radiología, que se desplazara por todo el país, en los lugares donde había mayor cantidad de mamografías con plazo prolongado de atención. Aun así, en este momento se tienen y adelanta que a la fecha se tienen 8.450 mamografías pendientes por realizar, mayores a noventa días pero se está trabajando, probablemente, en San Carlos con 2.000 mamografías y en el Hospital de Heredia se ha trabajado bastante. Por otra parte, se realizó un diagnóstico en el Hospital de Heredia de lo que se ocupa en un segundo turno y, actualmente, se está trabajando en el Hospital Calderón Guardia. Con este equipo se logró realizar un número superior de mamografías y en alrededor de doce meses, se lograron realizar 21.000 mamografías adicionales. Destaca que este equipo fue contratado bajo un estándar muy particular, en el turno de la tarde y se solicitó que si el mamógrafo era digital, se hicieran seis mamografías por día con control de calidad y esa producción iba a producir un impacto positivo, en lo que ya estaba planificado por la Institución. Por lo que se elaboró un órgano de pago por unidad reportada de mamografías, ese modelo de pago en ese momento ostentó, aproximadamente, tres mil ochocientos colones con cargas sociales, se está haciendo referencia de alrededor de cinco mil ciento sesenta y cinco colones. Cuando se hizo una evaluación de este proyecto, se persistió con el equipo itinerante y se continúa trabajando con él. En estos momentos se está trabajando y se hizo una continuidad del modelo de pago, pero ahora se modificó, no es solamente la mamografía y el equipo itinerante, sino se comienzan a observar a otros hospitales, porque identificaron que habían pacientes por reportar y una limitación que entre más mamografías se hacen, porque no se tiene como reportarlas; entonces, se continuó hasta el 08 de abril del 2014. Indica que cuando se empezó con el Proyecto de Atención Oportuna a las Personas, ese fue uno de los objetivos que se atendió; sin embargo, se produjo una negativa de la Asociación de Radiólogos de continuar con el modelo de pago. El día martes se reunieron con los Radiólogos y con la Asociación, la cual se disolvió después de esa nota que se presentó a la Junta Directiva, es decir, ya no hay Asociación. Entonces, se reunieron con los Radiólogos que estaban anuentes en participar con el proyecto y se les propuso un modelo de pago y lo único que solicitaban era que se actualizara la forma de pago. Dado que los Radiólogos trabajaron con un modelo de pago desde el año 2013 y no se actualizó al modelo de los salarios que había, en ese sentido, ya se actualizó. El objetivo general de este proyecto, es ofrecer a la población nacional, tiempos oportunos de atención en la patología mamaria benigna u oncológica, con reportes de mamografías menores a 31 días, una vez realizado el mamograma. Enfatiza en que si el reporte es positivo o sospechoso por un tumor o una lesión premaligna, automáticamente, el Radiólogo contacta a un equipo de trabajo, que está ubicado en la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) de la Gerencia Médica, y se gestiona que esa paciente en la brevedad del caso sea operada, en esa línea, se salta un paciente de lista. Dentro de los objetivos específicos, se analizaron cuáles eran los procesos de realización en interpretación de las mamografías y señala que el cuello de botella, como indican los ingenieros industriales, el reporte de cuatro mamografías por hora de los señores Radiólogos, los tenían en las secretarías, es decir, el reporte estaba limitado al taípeo o la digitalización, por un secretario estaba limitado a esa cantidad de horas, y al identificar esa dificultad en el modelo de pago se eliminó, se le asignó el riesgo al que administra o al que interpreta. La otra situación es que al aumentar esa producción, se tiene una interpretación mayor y otorgar a 31 días el tiempo para la lectura de la mamografía. Actualmente, son 181 días, sino es un poco más, un paciente para ser reportado. Paralelamente,

si se detecta que hay un paciente positivo, entonces, se indica o se captura a ese paciente para atenderlo de manera muy rápida. El alcance del proyecto produce un impacto directo, en el sentido de que es la disminución del tiempo del reporte y uno indirecto del proyecto, por utilizar esas horas de mamografías, en jornada ordinaria que es un 60% de la distribución horaria del país, que se usa y utilizar esas horas que se usan en un estándar de cuatro por horas, para hacer el ultrasonido porque, en ese momento, si ese procedimiento se está haciendo en el día, no es para analizar reportes. La otra situación es la limitación y el riesgo, por lo que la administración se reunió con los Radiólogos, les firmaron una nota y se le entregó una de ingreso, la cual es la solicitud de incorporación al modelo de pago, de las cuales se han recibido 17 solicitudes. Ese proceso fue administrado con base en un acuerdo de la Junta Directiva, el cual solicitaba que se enviara una certificación con la información de la lista de espera de cada hospital, esa es la justificación administrativa del por qué se están gestionando esos modelos de atención. Destaca que un 37% de todas las horas del año, se utilizan para actividades de interpretación de procedimientos, por ejemplo, un 37% es para analizar TAG y el 60% para las mamografías. Ese 60% se refiere a 16.674 horas, a un estándar de 4 procedimientos por hora, significa que 122.000 se realizan por año, en horario ordinario solo se pueden leer 66.700. Siempre existe una brecha y la diferencia de ese 53%, se tiene que cubrir con tiempo extraordinario al mismo estándar, porque técnicamente no se logran interpretar, si se quiere aumentar el tamizaje de mamografías, o hacer más mamografías, se produce un deterioro en los equipos. Comenta que la situación fue que cuando los procedimientos se iniciaron en el año 2001, solo contaban mamografías, ahora, les interesa la mamografía, el proceso y el paciente atendido, es un aspecto más integral, por ese motivo se le denomina a la modalidad calidad y calidez. Esta es una parte de todo el abordaje que se tiene que hacer en radiología, el otro 35% es de ecografías, ultrasonidos y dúplex de consultas, porque el hospital y emergencias es un problema que se quiere abordar de esta manera, y lo que se pretende es realizar anualmente 66.700 mamografías más, con el mismo estándar de producción. Las otras horas son administrativas y menciona que hay alimentación dentro de ellas, por esa razón ingresa en ese 16%, también, existen estudios invasivos donde tiene que estar presente el radiólogo y el 4% de interconsultas y academia es una hora por semana. Referente a la demanda insatisfecha, en este momento hay 23.000 estudios pendientes por reportar, hay 185 de diciembre del año 2014, los otros estudios se han atendido en tiempo extraordinario. Se envían las mamografías de un centro a otro centro y esa situación ha sido muy cuestionada por la Auditoría, primeramente, por el trasiego de la información y segundo por la marca, la productividad, de lo que se conoce sobre la gestión. Lo que tienen pendiente por realizar son 8.450 y en la presentación se está contemplando el 71% de la lista de espera en varios hospitales, atendidos tanto en el Hospital de San Carlos, como en el Hospital Calderón Guardia y en el Hospital de Heredia se atendió la lista de espera con el establecimiento de un segundo turno. La situación de la Clínica Marcial Fallas es un problema de gestión y se está trabajando en ese sentido. Destaca que lo que se está presentando a consideración de la Junta Directiva es el modelo de pago y comenta que el modelo de pago del año 2013, hacía referencia de un costo de tres mil ochocientos colones por mamografía con cargas sociales, el costo ascendía a cinco mil doscientos seis colones, lo que abarca un reporte en tres días, la firma es del encargado de realizar la interpretación y si hay una lesión sospechosa, automáticamente se comunican con la UTLE, para que se localice la paciente y se le da seguimiento hasta que es operada. La actualización de este pago a este año, basados en salarios del primer semestre, es un monto de seis mil ciento sesenta y cinco colones con cargas sociales, sin cargas sociales corresponde a cuatro mil quinientos colones. Como ejemplo, son cuatro placas y si se determina una condición son cuatro plazas más, pero es el mismo paciente, se está haciendo referencia de cuatro mil

quinientos colones. Se hizo una simulación entre quince y veinte años y lo que se trató de determinar, era cuánto costaba la guardia y cuánto se podía hacer bajo ese costo, porque si se hace bajo ese costo, no se logrará lo programado. Además, se está desaprovechando un recurso que es para atender emergencias y los Radiólogos, no van a producir más procedimientos que no sean emergencias, porque es una guardia, lo que corresponde a 24 horas o 15 horas. En lo que se refiere al impacto que se produce y el financiamiento se tiene dividido en dos fases, una primera que es del mes de octubre al mes de diciembre del año 2015, porque lo que se quiere es atender 23.000 pacientes, porque se determinó que la producción es de 12.000 pacientes por mes y esa producción es efectiva, dado que el objetivo que tiene la Gerencia Médica es disminuir a 30 días el reporte de los procedimientos o a menos días. Se hace un informe de evaluación y se continúa en los meses de enero a marzo del próximo año y si resulta la lectura a treinta días, por la disminución de ultrasonidos, posiblemente, se tendría que presentar una segunda evaluación para solicitar una prórroga del proyecto pero no se está adelantando. El proyecto pretende que a los seis meses se estarían interpretando 94.000 mamografías, de las cuales 36.000 corresponderían al año 2016 y la diferencia de 58.000 de este año, a un costo de alrededor de quinientos ochenta millones de colones.

Seguidamente, la licenciada Coto Jiménez refiere que la Gerencia Médica recibió un oficio de parte del Ing. Oscar Abellán, Gerente General de COOPESIBA, mediante el cual plantea una propuesta a la administración, en términos de un tipo de oferta para interpretación de al menos 20.000 mamografías. Están ofertando a cinco mil colones cada reporte, sin embargo, no se puede considerar como una oferta en sí, ya que lo que se hace es una propuesta o una nota donde se indica que se realizaría y demás; no obstante, no contempla el recurso humano, entre otros aspectos. Analizando el oficio en función de los procedimientos que se tienen a nivel institucional, para este caso particular, si la Junta Directiva o la administración decidiera realizar la contratación de procedimientos de esta naturaleza, por medio de la contratación de Terceros, se tendría que generar una declaratoria de inviabilidad, lo cual conlleva a que se tenga que realizar todos los estudios de factibilidad que se tienen que determinar para la definición del proyecto como tal e, incluso, dentro de esos estudios para poder decidir la declaratoria de inviabilidad, se tendría que tomar en consideración las opciones de solución que, inclusive, se debería a este proyecto que el doctor Navarro está presentando como parte de esas opciones.

Respecto de una pregunta del Director Loría Chaves, en términos de si a las Cooperativas y a los Terceros se le puede ampliar el contrato en un 50%, para que realicen ese procedimiento, indica la licenciada Coto que este es un primer escenario, en un momento explica el escenario de la contratación actual que se tienen con COOPESIBA y la contratación abierta que promoverla bajo los principios de igualdad y de libre competencia, sería un proceso licitatorio en el que puedan concursar todas las Cooperativas que así lo quieran hacer. En la contratación actual que está indicando don José Luis Loría, se ha revisado exhaustivamente el cartel de la contratación y el objeto contractual de ese cartel, es efectuar la prestación de servicios de atención integral en salud, bajo la modalidad de un Primer Nivel de Atención reforzada, la palabra reforzada se establece, claramente, en el cartel que es en el entendido de que se va a contar con médicos asistentes especialistas, como son Pediatras, Ginecoobstetras, Geriatria y Medicina Interna. En razón de esos aspectos y analizadas todas las cláusulas del cartel como tal, los servicios que se pretenden contratar no están dentro del objeto contractual y, además, van a un nivel de atención superior al que se brinda en el Primer Nivel de Atención. En ese sentido, de acuerdo con lo que indica don José Luis, no se podría hacer una modificación con la aplicación del artículo 200 o

del artículo 201 del Reglamento de la Ley de Contratación Administrativa, porque en el artículo 201, se establece que no se puede modificar el objeto contractual como tal.

Pregunta la Directora Alfaro Murillo que el contrato de COOPESIBA está incluido el Primer Nivel de Atención, correspondiente a los EBAIS, pero también están incluidas las dos clínicas.

Responde la Licda. Ana María Coto que así es como está establecido en el cartel de todo el contrato.

Respecto de una consulta de la Ing. Alfaro Murillo, responde la señora Presidenta Ejecutiva que el Primer Nivel de Atención incluye los EBAIS y las áreas de salud, inclusive, las áreas tipo tres y CAIS. El Segundo Nivel de Atención comprende lo que son las clínicas mayores y hospitales.

Continúa la Licda. Coto y anota que en ese sentido, como lo indicó no se podría ampliar la contratación por ser un objeto diferente. El artículo 201 del Reglamento de Contratación Administrativa, no se podría aplicar como un contrato adicional, en razón de que se va a modificar el monto del contrato y la Ley no lo permite.

El señor Loría Chaves señala que la Gerente Médico le indicó que se tenían 20.000 mamografías atrasadas y que los radiólogos no querían realizarlas y por esa razón, quería conversar con algún doctor de las cooperativas, para solicitarles una propuesta y se le suministrara ese servicio a la Institución. Conoce que se hizo la tarea de buscar radiólogos pensionados, en la perspectiva de que apoyaran a la Caja. Aclara que no es de su interés si es COOPESIBA o COOPESALUD o cualquier otra, lo que le preocupa es que ante una emergencia que tienen los asegurados o las aseguradas, se les indique que no se les puede realizar los procedimientos. En este momento, se puede resolver con médicos internos, pero si mañana no se puede y en esta Junta Directiva se indica que no se puede, porque el factor contractual no lo permite. Cree que si se tiene una emergencia y se tienen mamografías pendientes por realizar, la obligación de la administración es solicitarle autorización a la Contraloría General de la República, para que autorice la contratación y, tiene seguridad de que el Ente Contralor no se opondrá. Si la administración indica que no se puede, le parece que por esa razón es que justamente no se resuelve la problemática. Le preocupa porque la Caja está sometida a la imposición de los propios médicos de la Caja y así lo manifestó en la Asociación Solidarista de Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social (ASECCSS), porque el problema de las listas de espera y la UTLE tiene en alrededor de 10, 15 ó 20 años de estar constituida y la problemática en esta Institución no se resuelve, porque los médicos condicionan su trabajo y se generan listas de espera y, eventualmente, después hay que solicitarle la colaboración a los médicos que provocan la problemática. Estima que si la administración sigue indicando que no se puede, entonces, hay que tomar una decisión, ya sea con los mismos médicos internos pagándoles más, no determina ningún problema, pero es urgente que los pacientes tengan soluciones y respuestas inmediatas. Le preocupa que todo el tiempo que se presenta el tema de las listas de espera no se modifica la situación, se menciona el plan que se planteó y que hay que pagar más, y si no se paga no se resuelve un determinado asunto, esa situación cada día es más preocupante. Le parece que se debe pensar en otro ente, aunque no sean las cooperativas, pero debería de existir un plan de contingencia para mañana, por ejemplo, que se indique si esta es la historia de esta Institución y esa es la experiencia, si no se puede actuar tener otra opción, hay que olvidarse de las Cooperativas. Le preocupa mucho el tema de las mamografías, como ilustración, COPENAE

está haciendo campañas de mamografía con la Clínica Bíblica, para determinar si se resuelve la problemática en Guanacaste y, después, Canal 7 informa que va a pasar una Móvil haciendo mamografías. Estima que esos aspectos hay que considerarlos y admirarlos. Comenta que lo indicó una vez estando presente don Mario Devandas, si hay que privatizar un servicio que le urge al paciente, porque se determina su condición de vida o muerte hay que hacerlo, porque la Institución es solo para los pacientes. Le solicita a la Gerencia Médica que tenga planes de contingencia con Terceros, para que en los temas áridos, críticos, como las mamografías y las citologías, entre otras, tenga respuestas diferentes.

La doctora Sáenz Madrigal indica que retomando la preocupación que tienen todos, porque se tiene una cantidad significativa de mamografías sin leer, efectivamente, se hizo una petición para que se buscara una alternativa, la Cooperativa está siendo una para avanzar, pero jurídicamente es un tema un poco más lejos. Le parece que lo que está planteando don José Luis Loría, es un tema que tal vez la Junta Directiva, por la forma en la que se viene planteado hoy, se debería de tomar un acuerdo, en el que se valore la contratación por Terceros, como complemento a esta propuesta que se está haciendo y, entonces, iniciar el estudio para que realmente se disminuya el número de mamografías pendientes de realizar. Lo anterior, porque con la propuesta que se está presentando, tomará un tiempo significativo y la problemática no se va a resolver prontamente. Entonces, le parece que en esos términos se pueda avanzar a tomar la decisión e instruir a la administración, para que presente una propuesta que viabilice el disminuir los tiempos de respuestas en este tema. Considera que con ese acuerdo se podría estar avanzando, dando una respuesta y retomando la preocupación de don José Luis Loría, sobre la cual tiene que indicar que comparte bastante.

Interviene el Director Fallas Camacho y señala que no indicaría que se valore, sino que de una vez se elabore un cartel de licitación, para que se tenga listo y se estudie en todos alcances posibles y se conozca, implícitamente, los costos que se podrían tener.

Respecto de una consulta de don José Luis Loría, tendiente a conocer cuánto tiempo tiene de vigencia la validez de una mamografía una vez hecha, responde la doctora Sáenz Madrigal que son seis meses.

Señala el Director Loría Chaves que la pregunta es en el sentido de qué sucede, si una persona que se hace una mamografía, tiene una alteración y cuánto tiempo es razonable que una mamografía esté sin hacerse y si es conveniente que se realicen lecturas de una mamografía que tiene mucho tiempo de haber sido realizada.

La doctora Rocío Sáenz responde que después de seis meses no es razonable, en esos términos le parece que este programa es una solución, pero no lo es del todo, por lo que se tiene que acelerar por la otra línea. Le indica al doctor Navarro que el acuerdo según la interpretación es instruir para que se promueva una contratación.

Sugiere el Director Fallas Camacho que se debe hacer con las Cooperativas una propuesta de cartel, para resolver la problemática de las listas de espera, en la realización de las mamografías.

Sobre el particular, señala la doctora Villalta Bonilla que se apruebe el acuerdo y se confecciona el cartel.

La doctora Sáenz indica que si se tiene que presentar una propuesta ante la Contraloría General de la República, para solicitar un permiso y contratar una cooperativa, con el fin de que se solucione la lista de espera en mamografías, no tiene ningún problema.

Señala el Dr. Fallas Camacho que si se gestiona por medio de la licitación no hay problema.

La Dra. Sáenz Madrigal somete a votación la propuesta de acuerdo.

Al respecto, el Director Loría Chaves manifiesta que su voto es negativo. Por otra parte, sugiere que la Caja también revise si el modelo que se definió, era la productiva, porque son cuatro procedimientos por hora y si es la correcta. Pregunta si son cuatro o cinco mamografías las que puede leer un radiólogo por una hora, porque ese es otro factor. Tiene entendido que hay mamografías que están limpias y que no ocupan mucho tiempo. Reitera, si en la productiva están definidas cuatro lecturas de mamografías por hora y si fueran cinco la productividad, que se impusiera en jornada ordinaria, no se mejoraría el asunto, ese es un tema. El otro asunto que le preocupa, es en el sentido de si las mamografías no se revisan ahora, para determinar el tiempo que tienen de haberse realizado, también se puede tener un problema. Comenta que este es un asunto serio, porque en algunos lugares hoy se les sigue indicando a las personas, en este caso con las mamografías porque se están deteniendo, no llame porque son llamadas. Le parece que con esa frase en los centros de salud, se cierran las listas de espera, y no puede ser porque la Junta Directiva indicó que las listas de espera no se pueden cerrar.

Referente a la propuesta de acuerdo, indica la doctora Sáenz Madrigal que habría que agregar el cuarto acuerdo de instruir a la Gerencia Médica para que presente una propuesta de plan de contingencia, con un plazo establecido.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-36844-2015, de fecha 23 de setiembre del presente año, que firma la Gerente Médico, que contiene la propuesta “*Proyecto para la atención de la patología de mama, a través de nuevos modelos de atención con calidad y calidez*”, (reportes de mamografías) que, en adelante se transcribe:

“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 el presente proyecto denominado “*Proyecto para la atención de la patología de mama, a través de nuevos modelos de atención con calidad y calidez*”; esto como parte del desarrollo de estrategias para la atención oportuna de los pacientes según la demanda de servicios que son prioritarias de atención, esto con el fin de hacer uso eficiente y adecuado de los recursos y la satisfacción del interés público.

La presentación estará a cargo del Dr. Manuel Navarro Corea, Coordinador de la Unidad Técnica de Listas de Espera de la Gerencia Médica; como parte del equipo técnico que elaboro la propuesta a presentar.

ANTECEDENTES

La Junta Directiva, en el artículo 13 de la sesión Nº 8709, aprobó el Proyecto presentado por la Gerencia Médica, para la atención de lectura de mamografías en los centros de atención médica pertenecientes a la CCSS, que reportan mayor plazo de espera y número de citas pendientes, por un período de hasta por seis meses.

En ese momento se dio la continuidad de este tipo de modalidad de pago, sin actualización del costo, bajo la justificación de una sobre producción de los equipos itinerantes que realizaban mamografías, en esta ocasión con un control de calidad y como propuesta innovadora.

En la actualidad conocedores de la falta de recurso especializado en radiología e imágenes médicas e identificado el número de horas que se requieren para atender la totalidad de producción de mamografías, además del potencial incremento de equipo de mamografías por la Red de Fortalecimiento de Cáncer y la preocupación de la atención oportuna de los pacientes con patología oncológica, siendo en este caso concreto el cáncer de mama, se promueve con el presente proyecto la actualización de los costos del modelo de pago.

ACCIONES

Proyecto para la atención de la patología de mama, elaborado por la Unidad Técnica de Listas de Espera. (adjunto) proyecto que promueve la pertenencia y continuidad de un modelo de pago que procura desocupar horas ordinarias, para la realización de estudios ecográficos y reducción de los plazos de espera en lo que respecta al reporte de mamografía; mezclando de manera conjunta una metodología para la atención de los pacientes con lesiones sospechosas neoplásicas.

ANALISIS PROPUESTA COOPESIBA R.L.

La Gerencia Médica recibió oficio COOP-GG-101-2015 suscrito por el Ing. Oscar Abellán Villegas, Gerente General de COOPESIBA R.L., mediante el cual hace de conocimiento de la administración un oferta para la interpretación de al menos 20 mil mamografías, indicando:

“(...) Por este medio nos es grato hacer de su conocimiento nuestra oferta para la interpretación de al menos 20 mil mamografías bajo las siguientes condiciones:

- 1. Lectura convencional, realizadas con las placas de MMG.*
- 2. Las lecturas categorizadas como BIRADS 0, lo cual significa que van hacer falta estudios adicionales, como de comprensión, magnificación y/o US complementarios de mama se deben priorizar, de manera que en los centros de atención donde se realizaron la MMG, las pacientes sean llamadas para completar el estudio.*

En esos casos la CCSS dará seguimiento para emitir opinión y recomendaciones definitivas, y remitirá el cono de comprensión o proyecciones mamográficas adicionales, a la Cooperativa para que esta remita al radiólogo que realizó la primera lectura y emitir un diagnóstico final.

Esta segunda lectura se considerará como un nuevo “paciente” y se pagará de esa forma.

3. *Las pacientes que sea catalogas como BIRADA 4 o 5, se notificaran inmediatamente una vez reportado el estudio a la Clínica a la cual está adscrita la usuaria, para que sea localizada a la mayor brevedad y se le refiera idealmente a un Centro en el cual se cuente con un servicio de Clínica de Mama para su adecuado manejo.*
4. *El tiempo establecido para la entrega de los reportes será 3 meses, con posibilidad de que se entregas parciales.*
5. *El costo por MMG es de ¢5.000.00 por paciente, los cuales será cancelados dentro de los quince días naturales posteriores a la entrega (...)*”.

Del oficio antes mencionado, se desprende que el mismo se constituye en una propuesta a la Institución, sin embargo no puede considerarse una oferta como tal, toda vez que la Ley de Contratación Administrativa, establece en su capítulo VI, lo relacionado con la oferta, conceptualizando la misma de la siguiente forma:

“Artículo 61.-Concepto. La oferta es la manifestación de voluntad del participante, dirigida a la Administración, a fin de celebrar un contrato con ella, conforme a las estipulaciones cartelarias.”

Además de lo anterior, se establece en ese mismo capítulo las generalidades de la misma, señalando:

“Artículo 62.-Generalidades. La oferta, deberá redactarse en idioma español. La información técnica o complementaria y los manuales de uso expedidos por el fabricante deberán, presentarse en idioma español, salvo que en el cartel se permitan otros idiomas con la traducción debidamente consularizada o se acepte una traducción libre de su texto. Si durante el período de formulación de ofertas, el participante llegara a advertir incomplete del objeto o bien dificultades en el desempeño o funcionalidad del bien o servicio, deberá indicarlo por escrito a la Administración, en el plazo dispuesto para recibir aclaraciones. Caso contrario, no podrá invocar esa circunstancia como eximente de responsabilidad en fase de ejecución contractual o de fiscalización.”

A esos efectos la Contraloría General de la República ha sido clara en cuanto a la integridad de la oferta, señalando: “... la oferta debe entenderse de forma integral, en la cual se puede incluir una carta de presentación y un texto anexo con toda la información requerida de frente al pliego de condiciones; o bien, un solo documento donde se recoja toda la información y al final se firme, pero nunca debe dejarse de lado la integralidad de la propuesta que, no solo se compone de texto “principal”, sino también de otra información complementaria como lo es la literatura técnica, anexos, propuesta económica, certificaciones, declaraciones juradas e incluso, la garantía de participación(...)” R-DCA-121-2006 de fecha 27 de marzo del 2006.

Tal y como se desprende la oferta como tal debe responder a la estipulaciones cartelarias que la Administración elabore según su requerimientos y a su integralidad, en este caso particular la Caja no ha establecido cartel alguno sobre el objeto que pretende proponer COOPESIBA R.L., por lo anterior, entendemos que lo anotado en el oficio COOP-GG-101-2015 suscrito por el Ing. Oscar Abellán Villegas, Gerente General de COOPESIBA R.L, es una propuesta a la Institución y no una oferta como tal, ya que la nota es escueta, sin indicar mayor detalle al respecto.

Dado lo anterior, de considerarse la propuesta señalada, se deberá realizar una contratación de servicios, bajo el procedimiento que corresponda según los parámetros establecidos en la Ley de Contratación Administrativa, y tomando en consideración el procedimiento establecido por la Institución en el Reglamento “Aprobación Política de la Caja Costarricense de Seguro Social para la provisión de Servicios de Salud por medio de Proveedores Externos”, el cual establece como requisito previo: “(...) *Declaratoria de inviabilidad comprobada por parte de la unidad administrativa que genere la compra de servicios a terceros(...)*”, situación que requiere estudios de factibilidad, viabilidad, costos, entre otros, que como proyecto, se debe definir las posibles alternativas de solución, en la cual podría recaer la propuesta del proyecto que se presenta por parte de la Unidad de listas de espera, que conlleva la realización de dichos procedimientos con el recurso humano institucional. Además, de considerarse viable la contratación, se debe tener claro que el procedimiento deberá efectuarse bajo los principios de igualdad y libre competencia¹.

Ahora bien, resulta importante analizar la contratación vigente con dicha Cooperativa, a fin de determinar la viabilidad de inclusión de dicho proceso, al respecto la Institución cuenta con un contrato vigente con dicha Cooperativa, ello en razón del acuerdo tomado por la Junta Directiva en el artículo 14 de la sesión 8194 del 18 de octubre del 2007, que en lo que interesa indica:

*“(...) la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:***

1. Continuar comprando a terceros mediante los procedimientos concursales indicados en la Ley y Reglamento de Contratación Administrativa, los servicios integrales de salud para las poblaciones de las áreas de salud establecidas, garantizando que al menos se mantendrá en ellas la calidad, la cobertura y la equidad de la atención. En ningún caso los servicios contratados podrán tener, para igual calidad, un costo superior al que representaría para la CCSS producirlos directamente. La contratación de tales servicios, tendrá vigencia a partir del 01 de enero del año 2009.(...)”

Sin embargo, en el caso que nos ocupa de la revisión exhaustiva del pliego cartelario de dicha contratación, se tiene que el objetivo de la misma, es efectuar la prestación de servicios de atención integral en salud bajo la modalidad de **un primer nivel de atención reforzado**. Aunado a ello, dentro de los objetivos específicos se tiene que se entenderá por reforzamiento del

¹ Artículo 5.-Principio de igualdad y libre competencia. En los procedimientos de contratación administrativa, se respetará la igualdad de participación de todos los oferentes potenciales. Los reglamentos de esta Ley o las disposiciones que rijan los procedimientos específicos de cada contratación, no podrán incluir ninguna regulación que impida la libre competencia entre los oferentes potenciales (...)

primer nivel de atención, “*la inclusión como parte de la plantilla del Área de Salud a contratar, de médicos asistentes especialistas en campos académicos expresamente definidos en el cartel*”.

A esos efectos, encontramos que el equipo de refuerzo al primer nivel, que se encuentra establecido en el cartel, es:

“6.3.2.6) Equipo de Refuerzo al Primer Nivel

Cada sede de Área, deberá contar con los médicos asistentes especialistas que se detallan a continuación:

Especialistas I Nivel Fortalecido

Pediatra 1

Ginecoobstetra 1

Geriatría o Medicina Interna 1

(...)

Como consecuencia de las actividades de reforzamiento descritas, el personal de especialistas no podrá efectuar procedimientos especializados propios de un segundo nivel de atención, según la definición que al respecto tenga establecida la Caja Costarricense de Seguro Social(...)”

En la sección 6 del pliego cartelario se indica la descripción del objeto de la contratación, misma que en lo que nos interesa señala:

“Descripción Del Objeto De Contratación

6.1 Aspectos generales:

El objeto de contratación implica la Prestación de Servicios en Atención Integral en Salud reforzados con algunas especialidades definidas en el presente cartel, mediante la conformación de Áreas de Salud y Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), en las comunidades de Escazú, La Carpio-León XIII, Pavas, Santa Ana, Tibás, Desamparados II, San Francisco-San Antonio, San Sebastián-Paso Ancho, San Pablo y Barva. (...)

Las condiciones técnicas específicas requeridas para el cumplimiento del objeto de contratación se describen a continuación:

6.2 Aspectos Específicos

1. Implementar las acciones definidas por la CCSS como propias de la atención integral en salud, a la población adscrita en cada área de salud contratada, lo que incluye las acciones en servicios médicos, odontológicos, laboratorio clínico, farmacia, y aquellas especialidades en medicina que se establecen en el presente cartel como necesarias para reforzar las actividades en atención integral.(...)”

Tal y como se puede observar, dentro del pliego cartelario considerado por la Legislación como el reglamento específico de la contratación que se promueve², no se evidencia que dentro del objeto contractual se estableciera por parte de la Administración el servicio de lectura de mamografías, toda vez que el objeto se centra en prestación de servicios de salud correspondientes a un primer nivel de atención reforzado, en el cual no se podría considerar el procedimiento de lectura de mamografías función que corresponde a un Médico Asistente Especialista en Radiología e Imágenes Médicas y a un nivel de atención superior al contratado.

Por todo lo anteriormente expuesto, esta Gerencia considera que lo viable para la institución es aprobar y ejecutar el proyecto que se presenta con recursos institucionales y no incurrir en una contratación por terceros, que conllevaría todo un proceso de desarrollo de proyecto para su declaratoria de inviabilidad y posterior contratación, en apego a lo establecido a nivel institucional, bajo el principio de legalidad.

RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO

La Gerencia Médica, un vez presentado el Proyecto para la atención de la patología de mama, mismo que promueve la pertenencia y continuidad de un modelo de pago que procura desocupar horas ordinarias, para la realización de estudios ecográficos y reducción de los plazos de espera en lo que respecta al reporte de mamografía; mezclando de manera conjunta una metodología para la atención de los pacientes con lesiones sospechosas neoplásicas, así como el análisis del oficio COOP-GG-101-2015 suscrito por el Ing. Oscar Abellán Villegas, Gerente General de COOPESIBA R.L., mediante el cual hace de conocimiento de la administración una oferta para la interpretación de al menos 20 mil mamografías, recomienda a la Junta Directiva ...”,

habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte de la Gerencia Médica, en relación con el *Proyecto para la atención de la patología de mama*, que promueve la pertenencia y continuidad de un modelo de pago que procura desocupar horas ordinarias, para la realización de estudios ecográficos y reducción de los plazos de espera en lo que respecta al reporte de mamografía, en que se mezcla, de manera conjunta, una metodología para la atención de los pacientes con lesiones sospechosas neoplásicas, así como el análisis del oficio número COOP-GG-101-2015, suscrito por el Ing. Oscar Abellán Villegas, Gerente General de COOPESIBA R.L., mediante el cual hace de conocimiento de la administración una oferta para la interpretación de al menos veinte mil mamografías; **Considerando** que la Institución debe garantizar la atención oportuna a la patología oncológica, estando dentro de ello la patología mamaria, ofreciendo en tiempo oportuno la atención de las pacientes que se realizan una mamografía, obteniendo ágilmente el resultado de los estudios realizados, y con base en la citada recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA:**

- 1) Aprobar el Proyecto presentado por la Gerencia Médica, según los mismos términos del anexo al referido oficio número GM-SJD-36844-2015, de fecha 24 de setiembre del año 2015, una copia del cual se deja constando en la correspondencia del acta de esta sesión, así como la modalidad de pago ahí establecida.

² Artículo 51.-**Concepto.** El cartel, constituye el reglamento específico de la contratación que se promueve y se entienden incorporadas a su clausulado todas las normas jurídicas y principios constitucionales aplicables al respectivo procedimiento.(...)

- 2) Instruir a la Gerencia Financiera para que realice los trámites presupuestarios correspondientes, para brindar el contenido económico, que permita ejecutar el Proyecto aquí aprobado.
- 3) Instruir a la Gerencia Médica, para que presente ante la Junta Directiva el respectivo informe sobre los resultados obtenidos, una vez finalizado el período de ejecución del Proyecto.
- 4) Instruir a la Gerencia Médica para que presente una propuesta de plan de contingencia que promueva la reducción de los plazos de espera, en lo que respecta al reporte de mamografía, esto tomando en consideración propuestas de viabilidad de contratación por terceros.

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

La doctora Villalta Bonilla, el doctor Navarro Correa, la doctora Cascante Gómez y la licenciada Coto Jiménez se retiran del salón de sesiones.

ARTICULO 14°

ACUERDO PRIMERO: se tiene a la vista la consulta relacionada con el *Expediente N° 19.535, Proyecto ley defensa del derecho a la educación de la población infantil con enfermedades crónicas, convalecientes y de recurrente atención hospitalaria*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota fechada 22 de mayo del presente año, número PE.31.248-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la se anexa copia de la comunicación del 21 de mayo del año en curso, suscrita por la señora María Cecilia Campos Quirós, del Departamento de Servicios Técnicos, Área Socioambiental de la Asamblea Legislativa.

La Gerencia Médica externa criterio en el oficio N° GM-SJD-35790-2015 del 07 de setiembre en curso y la Junta Directiva, en vista del análisis que debe realizar al efecto –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 por unanimidad. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ACUERDO SEGUNDO: se tiene a la vista la consulta que se relaciona con el *Expediente número 19448, Proyecto aprobación protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número P.E.45.270-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que anexa copia de la comunicación del 2 de julio del año en curso, número CRI-19-2015, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Relaciones Internacionales de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica en el oficio N° GM-SJD-35788-2015 del 07 de los corrientes y la Junta Directiva, en virtud del análisis que debe realizar al efecto –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 por unanimidad. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

ACUERDO TERCERO: se tiene a la vista la consulta que concierne al *Expediente número 19568, Proyecto declaratoria de la Institución Asilo de la Vejez Monseñor Claudio María Volio Jiménez de Cartago como Institución Benemérita de la Salud Costarricense*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número P.E.45.528-15, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que anexa copia de la comunicación del 22 de julio del año en curso, número CG-059-2015, que suscribe la licenciada Ericka Ugalde Camacho, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica, en el oficio N° GM-SJD-35789-2015 del 07 de setiembre en curso, y la Junta Directiva, dado el análisis que debe realizar al efecto –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 por unanimidad. Por consiguiente, el acuerdo se adopta en firme.

Ingresan al salón de sesiones los licenciados Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones; Johnny Badilla Castañeda, Jefe del Área de Contabilidad Financiera de la Gerencia de Pensiones; Carlos Montoya Murillo, Jefe del Área de Tesorería General; el licenciado Gerardo Montero ... y el ingeniero Fabián Cordero, del Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos (Auditoría Externa).

ARTICULO 15°

Se presenta el oficio N° GP-28.743-15, de fecha 4 de agosto del año 2015, que firma el Gerente de Pensiones, al cual se adjuntan los estados financieros auditados del Régimen no Contributivo al 31 de diciembre del año 2014.

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

- 1) ***RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES (RNCP)***
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Carta de Gerencia CG2-2014
Informe Final.

- 2) ***HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES***

Hallazgo 1: ***NO SE REGISTRA LOS INTERESES POR COBRAR SOBRE LAS INVERSIONES***

Condición

Al cierre del 31 de diciembre de 2014 no se refleja en los registros contables del Régimen No Contributivo de Pensiones el monto correspondiente a los intereses por cobrar producto de las

inversiones adquiridas hasta la fecha en mención. Como consecuencia de esta situación se han dejado de registrar la suma de ¢7.843.750, al 31 de diciembre de 2014.

3) Hallazgo 2:

Hallazgo 1: RESERVA DE CONTINGENCIAS NO SE ENCUENTRA ACTUALIZADA CONFORME LO DISPONE EL ARTÍCULO 25 DEL REGLAMENTO DEL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES

Condición

Como parte de nuestras pruebas de auditoría revisamos el saldo de la reserva de contingencias, considerado lo dispuesto en el Reglamento del Régimen no Contributivo de Pensiones. Al respecto, encontramos que al 31 de diciembre del 2014, no se hizo el ajuste a dicha reserva conforme a lo indicado en el artículo 25 de dicho reglamento.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que como la Junta Directiva ya conoció los informes, sugiere que por favor se presenten los hallazgos y las recomendaciones que hay en las cartas de gerencia, más que se presente el tema en detalle, porque el asunto se presentó hace poco tiempo y en esos términos, en las tres presentaciones.

El licenciado Montero agradece por haber sido invitado a realizar la presentación de los resultados de la auditoría externa de la Institución, por el año terminado al 31 de diciembre del año 2014. Señala que para ese período se realizó la auditoría del Régimen no Contributivo de Pensiones (RNC), así como la correspondiente al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) y al Seguro de Salud. Iniciará con la carta de gerencia de lo que corresponde al RNC, la cual se tiene con solamente dos observaciones, las que se relacionan con el tema de que no se registran los intereses por cobrar sobre las inversiones. El marco de referencia sobre el registro de los intereses es sobre una base acumulativa, al mantener las inversiones, la Institución lo que está haciendo es registrándola sobre la base de efectivo. En ese sentido, el efecto al 31 de diciembre del año 2014, es un registro que se tiene que hacer mensualmente, entonces, al 31 de diciembre de ese año, no se había registrado siete millones ochocientos cuarenta y tres mil colones. La recomendación se dirige, en el sentido de cumplir con el principio contable de acumulación, es decir, lo que se ha ganado en ese mes, lo tiene que registrar como ganado, aunque no lo hayan recibido. Un segundo hallazgo que se relaciona con la reserva de contingencias para cumplir con el Reglamento, en el sentido de que tiene que ser un 2% sobre los gastos y al hacer el cálculo al 31 de diciembre del año 2014, se produce una diferencia con respecto de ese factor o a ese monto, el cual tiene que estar registrado en los estados financieros. Entonces, el tema de la recomendación es que conforme se registren en forma mensual o viéndolo al final del período, que sea consistente con el cumplimiento del Reglamento. Anteriormente, se tenía la situación de que no se registraba la reserva de contingencia y, ahora, se registra pero existe una diferencia en el cálculo, porque se hizo al mes de junio del año 2014 y cuando se llegaba al mes de diciembre del año 2014, había que hacerle un ajuste. Entonces, ese registro fue lo que no se hizo, es decir, es una actualización que se hace conforme se presentan los estados financieros. Por otra parte, anota que con el RNC cuando se realiza la auditoría de la parte de control interno, también se hacen las revisiones de tecnologías de información, pero lo que corresponde al RNC, también es incorporado en el mismo centro de información y de informática del IVM,

entonces, lo correspondiente a ese tema, se hace referencia en el siguiente informe que se relaciona con el RIVM.

Seguidamente, se presenta el oficio N° GP-28.741-15, del 4 de agosto del año 2015, firmado por Gerente de Pensiones, al que se adjuntan los estados financieros auditados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de diciembre del año 2014.

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

i) *Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) de la Caja Costarricense de Seguro Social
Carta de Gerencia CG2-2014
Informe Final.*

ii)

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Hallazgo 2: OMISIÓN DEL REGISTRO DE LA VALORACIÓN DE LAS INVERSIONES.

CONDICIÓN:

Realizamos la revisión de las inversiones en valores que mantiene el Régimen de Pensiones al 31 de diciembre del 2014. Los procedimientos que aplicamos, incluyeron el análisis de la metodología aplicada para la valoración de la cartera de inversiones con corte a esa misma fecha; y notamos que aunque se efectúa la valoración de dichas inversiones, no se registra el efecto de esta valoración en los estados financieros de la entidad.

iii) Hallazgo 2

Hallazgo 2: CUENTAS POR COBRAR PRESENTAN SALDOS INUSUALES.

CONDICIÓN:

Al efectuar un análisis a las cuentas por cobrar, determinamos que existen saldos inusuales, los cuales no son congruentes con la naturaleza de estas cuentas, lo que puede generar la presentación de cuentas de activo con saldos subvaluados en los Estados Financieros.

iii) Hallazgo 3:

Hallazgo 3: EXISTENCIA DE CUENTAS POR COBRAR QUE NO HAN PRESENTADO MOVIMIENTO DURANTE EL PERIODO, O BIEN CON SALDOS IMPORTANTES PENDIENTES DE COBRO QUE NO PRESENTAN UNA RECUPERACIÓN SIGNIFICATIVA

CONDICIÓN

Realizamos la revisión de cuentas por cobrar al 31 de diciembre del 2014; y encontramos que algunas de ellas presentan saldos acumulados que no han tenido movimiento durante el periodo. Tampoco observamos que exista un responsable de una gestión de cobro oportuna que permita que dichas partidas disminuyan con respecto a ese saldo acumulado.

iv) Hallazgo 3:

Hallazgo 3: EXISTENCIA DE CUENTAS POR COBRAR QUE NO HAN PRESENTADO MOVIMIENTO DURANTE EL PERIODO, O BIEN CON SALDOS IMPORTANTES PENDIENTES DE COBRO QUE NO PRESENTAN UNA RECUPERACIÓN SIGNIFICATIVA

CONDICIÓN

Realizamos la revisión de cuentas por cobrar al 31 de diciembre del 2014; y encontramos que algunas de ellas presentan saldos acumulados que no han tenido movimiento durante el periodo. Tampoco observamos que exista un responsable de una gestión de cobro oportuna que permita que dichas partidas disminuyan con respecto a ese saldo acumulado

v) Hallazgo 4:

Hallazgo 4: INCONSISTENCIAS EN LOS DATOS DEL REGISTRO AUXILIAR DE LA CARTERA DE CRÉDITO

CONDICIÓN:

Procedimos a realizar un análisis de los datos que conforman el registro auxiliar de la cartera de créditos hipotecarios al 31 de diciembre de 2014 y determinamos inconsistencias en la información, las cuales se citan a continuación:

- 1) Se presenta un total de 2 operaciones cuya tasa de interés aparece sin valor, el total en saldos al 31 de diciembre de 2014 asciende a ¢20.414.837.998:
- 2) Se presenta un total de 24 operaciones cuya saldo es negativo y mínimo, el total en saldos al 31 de diciembre de 2014 asciende a (¢2.157.194).
- 3) Se presenta un total de 120 operaciones cuyo valor en cuotas canceladas se encuentra en cero.
- 4) Se presenta un total de 351 operaciones cuyo saldo es menor a ¢100.000 y un alto número de créditos vencidos al 31 de diciembre de 2014 (172 de 351).
- 5) Se presentan 344 créditos cuya antigüedad es superior a 5 años y hasta 46 años, con saldos entre (¢1.710.804) y ¢18.896.846.

vi) Hallazgo 5:

Hallazgo 5: DIFICULTAD PARA GENERAR EN FORMA OPORTUNA EL REPORTE DE CARTERA NECESARIO PARA EL CÁLCULO DE LA ESTIMACIÓN PARA INCOBRABLES

CONDICIÓN

De acuerdo con la revisión de la estimación de la cartera de préstamos hipotecarios determinamos que para los re-cálculos mensuales del ajuste de la estimación, el área de contabilidad del IVM utiliza el saldo del registro auxiliar de la cartera del mes anterior, ya que se dificulta la generación del reporte del mes correspondiente al cierre, de manera oportuna.

vii) Hallazgo 6:

Hallazgo 6: DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN LA TOMA FÍSICA DE ACTIVOS FIJOS

CONDICIÓN:

Procedimos a muestrear una serie de 30 activos incluidos dentro del registro auxiliar de esta cuenta, tomando en consideración la categoría de mobiliario y equipo, la ubicación de los mismos a nivel de unidad ejecutora y el costo del activo según el registro auxiliar al 31 de diciembre de 2014.

viii)



HALLAZGO 7: CUENTAS CONTABLES 209 Y 220 SIN MOVIMIENTOS DURANTE EL PERIODO

CONDICIÓN

Al 31 de diciembre del 2014, observamos que existen cuentas que no sufrieron variaciones durante el periodo del 2014, las cuales se detallan a continuación:

Cuenta	Descripción	Saldo al 31/12/2013	Saldo al 31/12/2014
209	Activo fijo aporte externo	5.135.495	5.135.495
220	Obras menores en proceso	24.631.885	24.631.885



Una Firma, un respeto

ix) **Hallazgo 8:**

Hallazgo 8: REGISTRO INADECUADO PENDIENTE DE CORRECCIÓN EN CUENTA 209 ACTIVO FIJO APOORTE EXTERNO

CONDICIÓN

Realizamos la revisión de la documentación que respalda el saldo de la cuenta 209 activo fijo aporte externo al 31 de diciembre de 2014, con lo cual pudimos verificar que este saldo corresponde a un registro incorrecto, considerando que dichos activos fueron adquiridos mediante compras locales, en la cuenta con código contable 302, pero que no se ha realizado el ajuste correspondiente en forma oportuna.

x) **Hallazgo 9:**

Hallazgo 9: DIFERENCIAS EN LOS REGISTROS DE LOS ACTIVOS DE TERRENO Y EDIFICIO REVALUADOS CON RELACIÓN AL SUPERÁVIT AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014

CONDICIÓN

Con base en los saldos registrados en el balance procedimos a totalizar el saldo neto de los activos revaluados y realizamos la conciliación en relación con cada una de las cuentas de patrimonio por categoría de activo, con el fin de determinar la coherencia entre ambos registros o determinar la materialidad sobre el registro.

xi) **Hallazgo 10:**

Hallazgo 10: DIFERENCIAS EN LOS REGISTROS DE LOS ACTIVOS MOBILIARIO, MAQUINARIA Y EQUIPO REVALUADOS CON RELACIÓN AL SUPERÁVIT AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014

CONDICIÓN

Con base en los saldos registrados en el balance procedimos a totalizar el saldo neto de los activos revaluados y realizamos la conciliación en relación con cada una de las cuentas de patrimonio por categoría de activo, con el fin de determinar la coherencia entre ambos registros o determinar la materialidad sobre el registro.

xii) **Hallazgo 11:**

Hallazgo 11: REGISTRO AUXILIAR DE LA CUENTA 225013 PROPIEDAD DE PARTICIPACIÓN EN GARANTÍA DE PRÉSTAMOS, 245012 HIPOTECAS POR PAGAR Y 245039 ARREGLO DE PAGO PLANILLAS.

CONDICIÓN

Al 31 de diciembre de 2014 cotejamos los saldos de los otros activos del mayor general con los saldos mostrados en los registros auxiliares proporcionados a esta misma fecha, con lo cual determinamos algunas diferencias en las cuentas 225013, 245012 y 245039

xiii) Hallazgo 12:

Hallazgo 12: CARENANCIA DE REGISTRO AUXILIAR DE LA CUENTA 225030 PROPIEDAD PATRONOS GARANTÍA CUOTAS

CONDICIÓN:

Al 31 de diciembre 2014 determinamos que la cuenta 225030 propiedad patronos garantía cuotas no cuenta con un detalle auxiliar que respalde el saldo registrado en el balance a esta fecha.

Respecto del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), el licenciado Montero señala que se tienen dos o tres observaciones. Una primera es en términos de que existe una omisión en el registro de la valoración de las asignaciones. Actualmente, el Régimen IVM si hace la valoración, se presenta el cálculo, pero no se registra dentro de los estados financieros. Igualmente, lo correspondiente al tema de la metodología y el registro, está en proceso de aprobación. Además, hay un tema muy relacionado con el registro de las firmas, porque se tiene que utilizar la base de tasa de interés efectivo, entonces, ese aspecto es lo que falta, a razón de la Institución para poder finiquitar, todo el registro y la valoración de las inversiones, para que de una vez quede el tema de la valoración de las primas y descuentos. Además, sobre la tasa de interés efectiva porque, actualmente, lo que se hace es con base en el método de línea recta, de modo que para cumplir con el otro condicionamiento, relacionado con la amortización de las primas y descuentos, tiene que ser sobre la tasa de interés efectiva y está el proceso de parte de la administración, para efectos de cumplir y poder establecer ya el registro que, igualmente, dentro de lo que es la recomendación, tiene que ser de forma automática, es decir, que sea el mismo sistema que haga el cálculo, la valoración y por medio del sistema, igual automáticamente se haga el registro de lo correspondiente a la valoración de las inversiones.

Sobre el particular, señala el señor Gerente de Pensiones que en este caso, se determina que las cartas de gerencia se hicieron en el mes de diciembre del año 2014, se esperó que la Gerencia de Pensiones, tuviera listo el procedimiento, el cual se envió a la Gerencia Financiera y la parte correspondiente al tema Financiero Contable, ya emitió el criterio. Entonces, estarían pronto por presentar la metodología ante la Junta Directiva y que sea parte del proceso de los estados financieros.

Continúa el licenciado Montero y respecto del hallazgo dos, indica que existen cuentas por cobrar con saldos inusuales. Al término del 31 de diciembre del año 2014, dentro de la carta de gerencia, se detallaron las diferentes partidas que son contrarias a la naturaleza, porque se tienen las cuentas por cobrar con un saldo deudor, sin embargo, existen ocho partidas de las cuales su saldo es negativo, lo cual no es consistente con la naturaleza contable. En este sentido, esas cuentas por cobrar, ya se determinaron lo que son las unidades responsables, en términos de que

se haga una valoración y lo que es la documentación, sobre el origen de cada una de esas cuentas para revertirlas y ajustarlas de tal forma a su naturaleza, es decir, si las cuentas corresponden a un pasivo que se registre al correspondiente, o si se debe a un sistema de registro como es el correcto, hacer el ajuste correspondiente. Un hallazgo tres, se relaciona con la existencia de cuentas por cobrar, porque está muy relacionado con el tema de las cuentas por cobrar, que no han tenido movimiento durante el período del mes de junio del año 2014 a diciembre del año 2014. Hay algunas partidas registradas dentro de lo que son las cuentas por cobrar, no son montos relevantes, pero representan un 2% que es un monto significativo, dentro lo que son los registros contables que no presentan o presentan, muy poco movimiento en comparación con los seis meses anteriores. Entonces, igualmente el tema de las partidas que conforme pasa el tiempo y no tienen la recuperación, es más difícil el proceso de recuperación. Entonces, la recomendación va en el sentido de validar, precisamente, esas cuentas por cobrar sobre la naturaleza y la recuperación de las mismas. De tal forma que estén soportadas para, luego, determinar el grado de deterioro de las mismas y si es factible, registrar una asignación para incobrables o darlas de baja, en el sentido de poderlas aplicar a la misma estimación para incobrables. Un hallazgo cuatro, es en el sentido de que hay inconsistencias con la base de datos del registro auxiliar de la cartera de crédito. Las diferentes cuentas se analizaron en las bases de datos, en este caso, la integridad de las bases de datos al término del período que se está auditando al 31 de diciembre del 2014 y en la carta de gerencia, se indican los diferentes ejemplos que se relacionan con lo que son las inconsistencias. Un primer punto donde se indica que se presenta un total de dos operaciones, cuya tasa de interés aparece sin valor, el total de esos montos son veinte millones cuatrocientos catorce mil millones de colones, ese monto debe ser revisado. En cuanto a esas dos operaciones con el proceso de revisión y discusión, ya en el mes de abril del año 2015, fueron revisadas y ajustadas en la base de datos de los créditos, para efectos de ir solucionando este tema que se detectó al 31 de diciembre del año 2014. Igualmente, en el punto dos, se tiene un total de veinticuatro operaciones que presentan saldos negativos y mínimos, que lo que hacen es mantener esas partidas en la base de datos de la cartera de crédito, las cuales representan un monto de dos millones ciento cincuenta y siete mil colones. En ese sentido, está conformada una comisión de estudio de revisión de estas bases de datos, que se trasladan los archivos que conforman estas operaciones, para continuar con ese proceso de depuración, así como también en el punto tres, donde se indica que existe un total de 120 operaciones, cuyo valor en cuotas canceladas se encuentran en cero. Entonces, igualmente, lo que se hace es acumular partidas que ya han sido canceladas en su momento y sobre las cuales, se hizo todas las recuperaciones correspondientes. En el punto cuatro también se indica que se presenta un total de 351 operaciones, cuyo saldo es menor a cien mil colones, igualmente, y un elevado número de créditos vencidos, son como los restos de las operaciones que van quedando, así como los remanentes y saldos al final de la última cuota que se van quedando. En ese sentido, la comisión está depurando, ajustando y validando cada uno de esos pequeños saldos, para efectos de ir depurando la base de datos. Igualmente, se presentan 344 créditos cuya antigüedad es superior a cinco años y hasta 46 años, esas son partidas que, inclusive, hay un dato negativo dentro de lo que son esos ejemplos de esas partidas que, igualmente, ya se revisó y, principalmente, este tema de la partida con saldo negativo, porque en alguna oportunidad se produjo un doble registro y ya para este período 2015 se ajustaron las partidas. A las demás partidas también se les hace este proceso de depuración de base de datos, para ir las depurando. La recomendación es continuar con ese proceso de depuración de la base de datos, de manera que es una labor constante, porque conforme se van teniendo movimientos, las operaciones van aumentando o disminuyendo, este tipo de situaciones a nivel de bases de datos. Un hallazgo

cinco, es la dificultad para generar en forma oportuna, el reporte de la cartera necesaria para el cálculo de la estimación para incobrables. Esta es una situación particular que se relaciona, con la generación del reporte o análisis de antigüedad de saldos, que les va a servir para el cálculo de lo que es la estimación para incobrables y por diferentes situaciones, el registro se realiza un mes atrás. El cálculo de la estimación de incobrables del mes de diciembre del año 2014, se hizo con la base de datos del mes de noviembre próximo pasado; igualmente, la recomendación es y se hizo la gestión con el Departamento de Tecnologías de Información, para generar ese reporte en forma oportuna, de tal forma que el cálculo de la estimación por incobrables, correspondiente al mes de diciembre del año 2014, sea con el análisis de antigüedad de saldos de ese mismo mes, porque existe un desfase de un mes. El hallazgo seis, deficiencias encontradas en la toma física de activos fijos, se hizo un levantamiento de lo que son los responsables, se tomó una muestra de 100 artículos, de los cuales se detectaron cuatro que unos estaban en mal estado y otros en desuso; sin embargo, esa condición no estaba indicada en el Registro Auxiliar. Entonces, es importante que las unidades responsables en este caso, informen oportunamente sobre la situación de esos activos, para hacer el mantenimiento o la exclusión correspondiente, de tal forma que la información que se mantiene de los activos, dentro de la Institución sea la que está en uso. En el hallazgo siete, se indica que las cuentas 209 y la 220 no han tenido movimientos durante el período. Por ejemplo, la cuenta 209 se relaciona con la cuenta de activo fijo de aporte externo, y la 220 corresponde a obras menores en proceso. Destaca que dentro de lo que es la revisión oportuna de las partidas que se presentan, en los estados financieros sobre su naturaleza y aquí, principalmente, es el tema de las obras en proceso, que son cuentas que tienen que ingresar a la contabilidad, porque se determina lo que se está generando en el activo y una vez terminado se capitaliza, y dentro de lo que es este proceso, es importante concluir o finiquitar esos registros, de tal forma que se valide la información y si es sujeto de depreciación que se empiece a depreciar, en el momento en que se hace uso del bien. La recomendación es en el sentido de que se revise, efectivamente, el soporte y la antigüedad de cada una de las partidas, para efectos de efectuar los registros correspondientes, si fuera el caso y en lo que corresponde a las obras en proceso, efectivamente, cuando se comenta este tema de la administración, se fueron a investigar y a revisar y se determinó, que corresponde a un mantenimiento que en su momento se dio a un edificio, por lo que se hizo el asiento de ajuste para efectos de registrar, adecuadamente, esta obra que ya fue terminada.

Sobre el particular, pregunta la Directora Alfaro Murillo si ya el ajuste está realizado, responde el licenciado Montero que se efectuó el 16 de mayo de este año. Como son dos cuentas, con la otra cuenta se conoce que una de las dos, está en el proceso de investigación, para efectos de validar el registro contable y cuál es la condición, en términos de si realmente va a tener o no movimiento, y si es la cuenta sobre la cual es la que corresponde al registro contable. Igualmente, a la cuenta a la que se está haciendo referencia del activo fijo de aporte externo, en ese hallazgo ocho, al hacer la revisión del registro contable, en la investigación se determinó que, originalmente, se efectuó un registro inadecuado por la clasificación de la cuenta, porque se registró como un aporte, es decir, como un activo fijo de aporte externo y, realmente, analizando la documentación soporte, corresponde a compras locales. Entonces, hay que hacer la reclasificación, es un poco el tema de revelación suficiente, relacionada con la característica o la clasificación de la cuenta que, igualmente, se tiene que hacer la reclasificación correspondiente, de acuerdo con el documento de soporte, que tiene que ser con aporte interno, es decir, con aporte local. Sobre los hallazgos nueve y diez, corresponde dentro de lo que es la técnica contable. Cuando la Institución practica el tema de la revaluación, en el caso de terrenos y

edificios, lo que corresponde a maquinaria y equipo, cuando se hace la revaluación es el valor del activo menos la depreciación acumulada y el resultado, es el valor en libros y ese valor en libros, cuando se hace la revaluación, la diferencia entre ese valor es lo que le va a incrementar el valor, precisamente, al activo o al terreno revaluado y esa contrapartida, se registra en el patrimonio como un superávit por revaluación. Al momento de hacer la validación de este registro, se notó que en el transcurso del tiempo, lo que corresponde al tema del superávit por revaluación, se tiene que ir materializando, o se tiene que ir trasladando y, efectivamente, aplicado, ya sea por disposición del bien, o por medio de la depreciación acumulada. Ese superávit por revaluación tiene que ser trasladado al superávit acumulado y, efectivamente, en lo que es el tema de los terrenos, los edificios, el mobiliario y la maquinaria de equipo, no se ha hecho ese traslado. Entonces, se determinaron diferencias significativas a nivel de registros contables, sobre los cuales la administración va a revisar, para determinar la conveniencia de trasladar, es a nivel de patrimonio, es un superávit de revaluación que en teoría lo tienen realizado, porque está resultando una diferencia entre lo que lo que indica el registro contable y lo correspondiente al superávit, por revaluación que tiene que ser trasladado a los resultados y a las utilidades acumuladas de periodos anteriores. En el hallazgo once, también se indica que existe una diferencia en el saldo contable, con el registro auxiliar de varias cuentas. En ese sentido, tiene que ser relacionada con la propiedad de participaciones en garantía, lo que es el préstamo hipotecario por pagar y lo correspondiente a los arreglos de pago. Entre lo que tiene la contabilidad y el registro auxiliar, se determinan diferencias, en lo que son esos registros sobre los cuales, es importante que mes a mes, se concilien estos registros auxiliares, en el caso de diferencias investigarlas y proceder de la mejor forma al ajuste correspondiente. En el hallazgo doce, se indica que hay carencia del registro auxiliar de la cuenta propiedad, patronos y garantía de cuotas, son partidas en este caso con un riesgo bajo, en el sentido de que dentro de lo que son los estados financieros, en este caso la partida representa diecisiete millones de colones, pero la composición de una cuenta, sí requiere un registro auxiliar, el cual tiene que estar, entonces, por la recomendación es detallar o incorporar ese registro auxiliar, sobre la composición de la cuenta de lo que son propiedad patrono, garantías y cuotas. Ese sería el tema de lo que son las observaciones que se determinaron, a nivel de control interno, lo que se relaciona con el Régimen de IVM. Igualmente, la carta de gerencia contiene observaciones relacionadas con el tema de tecnologías de información. Lo acompaña el Ing. Fabián Cordero que va a realizar una presentación de ese ambiente de control, porque son los hallazgos en las mejores tácticas de lo que se relaciona con tecnologías de información.

El Director Fallas Camacho consulta si los hallazgos determinados en esta auditoría, son coincidentes con algunos de la auditoría pasada.

Responde el licenciado Montero que en la cartera de crédito, es como ir depurando ese proceso, se ajustan unas partidas y, luego, aparecen otras. En ese sentido, se produce un seguimiento, ha habido mejora y existe un proceso de depuración en esas partidas. En el tema de las cuentas por cobrar, igualmente, se había indicado el tema de partidas y movimiento, saldos inusuales, algunos registros auxiliares y hay un proceso con la administración, de ir avanzando en el tema de las observaciones para ir mejorando. Dentro de lo que es el seguimiento de las cartas de gerencia de años anteriores, había 18 observaciones de las cuales, cinco están corregidas, nueve están en proceso, quedaron cuatro pendientes, porque algunos requieren de un tiempo mayor a seis meses o un año para poder corregirlas, igual. Luego, existe un cronograma de cumplimiento a esas

observaciones que la administración, semestralmente o trimestralmente actualizan el registro de las cuentas.

A continuación, el ingeniero Cordero se refiere al Informe de Auditoría Tecnologías de la Información 2014, *RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE. (I.V.M) Y RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO (R.N.C)*, con base en las siguientes láminas:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Informe de Auditoría Tecnologías de la Información 2014
RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE. (I.V.M) Y RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO (R.N.C)

2)



3) Objetivo:

Evaluar el sistema de control interno relativo a los procesos informáticos de la **Caja Costarricense de Seguro Social** específicamente de los **Regímenes de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen no Contributivo**.

4) Alcance:

- Evaluación de los puntos mencionados en la normativa SUPEN SP-A-060.
- Cumplimiento de la normativa interna vigente referente a las tecnologías de la información.
- Oportunidades de mejora identificadas en la evaluación.
- Seguimiento a recomendaciones emitidas en cartas de gerencia anteriores.

5) Período de estudio:

- El estudio se realizó durante los meses de febrero y marzo del 2015.

6) Recomendaciones normativa de SUPEN:

➤ Seguridad Física:

Continuar con la mejora del cuarto de servidores instalando los siguientes mecanismos de control:

- Alarmas contra incendio en el cuarto de servidores.
- Detectores de humo en el cuarto de servidores.
- Bitácoras de acceso al cuarto de servidores y de comunicaciones.
- Existencia de mecanismos de acceso biométrico al cuarto de servidores y de comunicaciones.
- Protección de los ventanales que dan a la calle.

7) Recomendaciones normativa de SUPEN:

➤ Seguridad lógica y acceso a los datos:

- Contar con mecanismos de control con el fin de que las cuentas de los usuarios no puedan ser cargadas más de una vez en distintas terminales simultáneamente cumpliendo con lo mencionado por la normativa. Lo anterior para el SCI.

8) Hallazgos y recomendaciones:

HALLAZGO	CONDICION	RECOMENDACION
HALLAZGO 1: NO SE INCORPORA NI DESARROLLA EL COMPONENTE DE T.I. EN EL PLAN TÁCTICO DE LA GERENCIA DE PENSIONES. RIESGO MEDIO.	Producto de la revisión efectuada al Plan Táctico de la Gerencia de Pensiones se determinó que este Plan no incorpora ni desarrolla el componente de Tecnologías de la Información. Cabe mencionar que el CGI de la Gerencia de Pensiones determinó cuatro líneas estratégicas que podrían ser incluidas en el Plan Táctico Gerencial a saber: 1. Actualización tecnológica del personal. 2. Porcentaje de renovación y actualización de la plataforma tecnológica. 3. Porcentaje de implementación de plataformas web para brindar servicios en línea de trámite de pensiones, apelaciones y créditos hipotecarios. 4. Porcentaje de implementación de expediente electrónico de pensiones. Sin embargo estas líneas estratégicas no han sido incorporadas en el Plan Táctico Gerencial por la Gerencia de Pensiones.	1. La Dirección Administración de Pensiones debe realizar las gestiones necesarias ante el Despacho de la Gerencia para la actualización del Plan Táctico de la Gerencia de Pensiones incorporando en dicho documento el componente de T.I. como facilitador de las actividades sustantivas de la Gerencia de Pensiones. 2. La Gerencia de Pensiones con apoyo del comité de T.I. debe revisar el cumplimiento de los componentes tecnológicos incorporados en el plan táctico, para lo cual se debe asignar los recursos necesarios.

9)

HALLAZGO	CONDICIÓN	RECOMENDACIÓN
HALLAZGO 02: POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LOS REGISTROS ALMACENADOS EN LA BASE DE DATOS DE CRÉDITO. RIESGO MEDIO.	<p>Producto de la revisión efectuada a la base de datos del sistema de crédito mediante la herramienta de análisis ACL, se determinaron posibles inconsistencias en los registros de la información los cuales se detallan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ 2 registros de créditos en donde el valor de la tasa de interés es igual a cero. ✦ 24 registros de créditos en donde el saldo actual posee una cifra negativa. ✦ 120 registros en donde el campo de cuentas canceladas poseía un valor de NULL. ✦ 3737 registros con inconsistencia entre el atributo plazo del crédito y las cuotas canceladas y pendientes. Es decir el número de cuotas canceladas menos la cantidad de cuotas totales no coincide con el total de cuotas pendientes. <p>Cabe mencionar que la revisión e integridad de la información es responsabilidad de las unidades usuarias respectivas.</p>	<p><u>A la Gerencia de Pensiones</u></p> <p>Designar los recursos tanto humanos como técnicos necesarios para poder determinar las causas y corregir las inconsistencias detectadas en la base de datos de crédito. Para esta labor es necesario se conforme un equipo <u>intergerencial</u> liderado por los usuarios administradores del sistema, el área de crédito y otras áreas usuarias, con el apoyo del CGI de la GP, con el fin de lograr:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un análisis técnico de los datos registrados en la base de datos, con el fin de determinar las causas de las inconsistencias mencionadas en la sección condición de este hallazgo que pueden afectar la veracidad e integridad de la información suministrada para la toma de decisiones institucionales. Los resultados de este análisis deben quedar debidamente documentados. ○ Establecimiento de un monitoreo constante y permanente a los procesos involucrados en el proceso de crédito para prevenir las inconsistencias mencionadas en este hallazgo. Esta tarea debe ser responsabilidad de las áreas usuarias.

10)

HALLAZGO	CONDICIÓN	RECOMENDACIÓN
HALLAZGO 03: NO EXISTE UN PLAN DOCUMENTADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA CAPACIDAD Y DESEMPEÑO DE LA PLATAFORMA TECNOLÓGICA ADMINISTRADA POR EL I.V.M. RIESGO BAJO.	<p>Producto de la revisión efectuada en el proceso de auditoría se logró identificar que no existe un plan formal documentado para la administración de la capacidad y de desempeño, de la plataforma tecnológica administrada por el CGI de la Gerencia de Pensiones que posea proyecciones y tendencias actuales del uso de la capacidad y desempeño de la plataforma tecnológica. A pesar de lo anterior, se logró identificar que se hacen reportes y revisiones del desempeño y capacidad actual, lo cual indica que algunos aspectos referentes a la capacidad y desempeño son monitoreados.</p>	<p>El CGI debe establecer un plan formal documentado para la administración de la capacidad y desempeño de la plataforma tecnológica administrada por el CGI del IVM que contemple al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Requerimientos de los usuarios. ● Prioridades del negocio. ● Objetivos del negocio. ● Impacto en el presupuesto. ● Uso de recursos. ● Tendencias de capacidades de TI y de la industria, incluyendo

11)

HALLAZGO	CONDICIÓN	RECOMENDACIÓN
<p>HALLAZGO 04: FALTA EVIDENCIA QUE RESPALDE LA APLICACIÓN CORRECTA DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE INCIDENTES. RIESGO BAJO.</p>	<p>Con el fin de verificar el cumplimiento del procedimiento de Gestión de Incidentes se solicitó una muestra de boletas de atención de incidentes identificándose que no se puede verificar en un 100% que el procedimiento se sigue según lo especificado.</p> <p>La evidencia demuestra que se reciben solicitudes y se atienden en el nivel 1 de soporte; sin embargo, en los casos en los que se debe escalar un incidente a los niveles 2 o 3 de soporte, no se genera ninguna evidencia que demuestre que se sigue correctamente la política de escalamiento definida en el procedimiento.</p>	<p>El CGI debe cumplir con el procedimiento de Gestión de Incidentes definiendo registros que permitan evidenciar su aplicación desde el momento en que se registra una solicitud de atención de un incidente hasta su solución, considerando que estos registros evidencien todas las etapas de soporte definidos.</p> <p>Además es recomendable establecer indicadores y estadísticas sobre la atención de los incidentes con el objetivo de mejorar el trato y el aprendizaje de los diferentes incidentes en la plataforma tecnológica.</p>

12)

HALLAZGO	CONDICIÓN	RECOMENDACIÓN
<p>HALLAZGO 05: NO SE CUENTA CON UN INVENTARIO DE LICENCIAS INSTALADAS POR EQUIPO. RIESGO MEDIO.</p>	<p>A partir de la evaluación realizada del inventario de licencias institucional se logró identificar que existe un inventario actualizado de licencias general que permite llevar el control de las licencias que se adquieren; sin embargo, no se lleva un control que permita determinar las licencias instaladas por equipo en la Gerencia de Pensiones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar un inventario de licencias instaladas por equipo en la Gerencia de Pensiones. 2. Establecer un procedimiento de actualización del inventario de licencias instaladas en los equipos de la Institución, a través de una herramienta que actualice el inventario de manera automática cada vez que se instale software.

13)

HALLAZGO	CONDICIÓN	RECOMENDACION
<p>HALLAZGO 06: POCA EJECUTORIA ACTIVA DEL COMITÉ DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN DE LA GERENCIA DE PENSIONES. RIESGO BAJO.</p>	<p>Durante el proceso de auditoría efectuado se verificó que en la Gerencia de Pensiones existe un Comité de Tecnologías de Información. En el oficio GP 21473-13 se estableció que dicho comité se debería reunir una vez al mes; sin embargo, no se evidenció que esto se llevara a cabo, ya que, solamente se nos suministró una minuta sin firmar con fecha 04-08-2014 correspondiente al periodo 2014. Lo anterior refleja una poca ejecutoria del comité.</p>	<p>1. Cumplir con lo establecido en el documento de conformación del Comité de Tecnologías de Información, en donde es responsabilidad del superior inmediato del Área de Gestión Informática, realizar la coordinación del Comité. Sin embargo se debe valorar la posibilidad de que sea el Gerente de Pensiones el que convoque las sesiones del Comité de T.I. con el fin de tratar asuntos integrales en materia tecnológica de la Gerencia de Pensiones, cumpliendo además con las funciones designadas al comité.</p> <p>2. Además es necesario designar a un secretario que administre adecuadamente, la elaboración y control de las minutas.</p> <p>3. Realizar un seguimiento de los acuerdos tomados en las sesiones del comité de T.I.</p>

14)

HALLAZGO	CONDICIÓN	RECOMENDACIÓN
<p>HALLAZGO 07: DEFICIENCIAS EN LA EJECUCIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA GESTIÓN DE COMITÉS DE USUARIOS. RIESGO BAJO.</p>	<p>Producto de la revisión efectuada, se determinó la existencia de un mecanismo para la atención de requerimientos de usuarios a través de la metodología para Gestión de Comités de Usuarios. El análisis de la metodología permitió identificar que su estructura es apta para la captación, evaluación y atención de los requerimientos de usuarios.</p> <p>Sin embargo respecto a la aplicación de la metodología, ésta no se cumple a cabalidad, debido a la no elaboración de alguna de la documentación indicada en la metodología para gestión de comités de usuarios. La información que se omite es la siguiente: Casos de Uso, Desarrollo, Pruebas de Analistas de Sistemas y de Analistas del Negocio, Plan de Pruebas, Aprobación de Requerimiento, Cambio de Base de Datos, Solicitud de Actualización del Sistema, Respuesta de Solicitud de Actualización. La documentación anterior debe ser realizada por cada requerimiento según indica la metodología.</p>	<p>1. Cumplir con la metodología de gestión de comités de usuarios manteniendo documentación referente a: Casos de Uso, Desarrollo, Pruebas de Analistas de Sistemas y de Analistas del Negocio, Plan de Pruebas, Aprobación de Requerimiento, Cambio de Base de Datos, Solicitud de Actualización del Sistema, Respuesta de Solicitud de Actualización. Esto para cada uno de los sistemas.</p> <p>2. Revisar, ajustar y actualizar la metodología de gestión de comités de usuarios de ser necesario para que ésta se adapte a la metodología real de trabajo del Área de Gestión de Informática.</p>

15)

HALLAZGO	CONDICIÓN	RECOMENDACIÓN
<p>HALLAZGO 08: NO SE CUENTAN CON LINEAMIENTOS FORMALES PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN PROCESADA POR LAS DIFERENTES ÁREAS DEL I.V.M. RIESGO MEDIO.</p>	<p>Durante el proceso de auditoría no se nos suministraron los lineamientos, políticas o procedimientos formales y vigentes en la Gerencia de Pensiones para garantizar la calidad de la información procesada por parte de las distintas áreas o departamentos que conforman la Gerencia a través de los sistemas de información del R.I.V.M.</p>	<p><u>Ala Gerencia de Pensiones</u> Girar las instrucciones necesarias para contar en la Gerencia de Pensiones con una política, procedimiento o lineamiento formal y aprobado con el fin de que las unidades usuarias garanticen una mayor "calidad" de la información procesada por estas unidades a través de los sistemas de información. Los lineamientos elaborados deberán estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo, considerando además atributos fundamentales de la calidad de la información como lo son la confiabilidad, oportunidad y utilidad.</p>

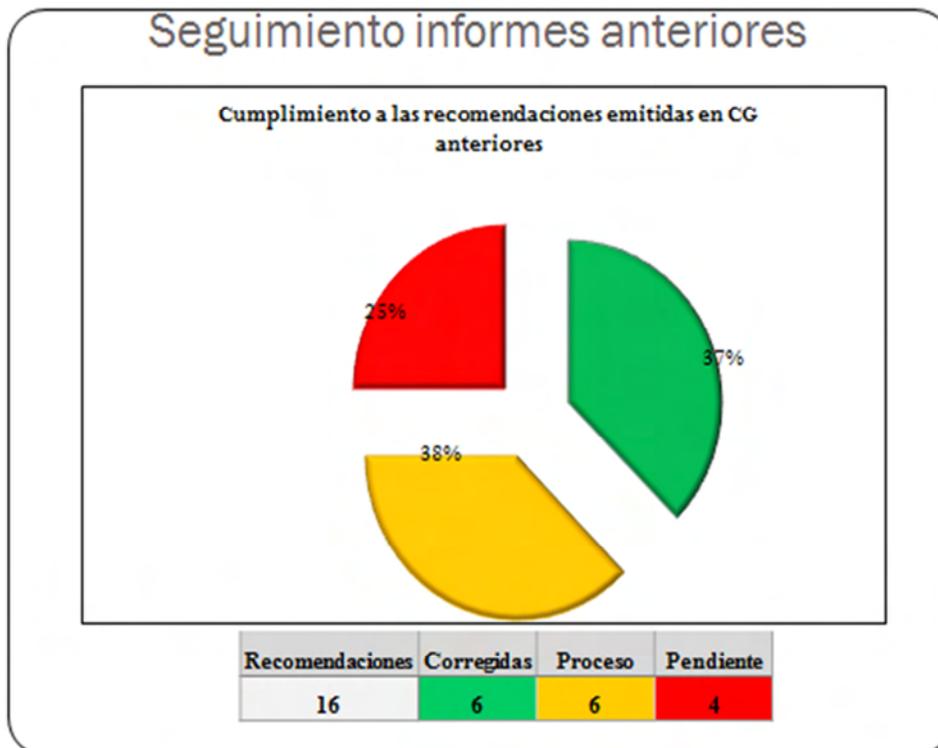
16)

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CONDICIÓN	RECOMENDACIÓN
<p>OPORTUNIDAD DE MEJORA 1: FALLAS EN LA SEGURIDAD FÍSICA DE LOS RACKS DE COMUNICACIONES UBICADOS EN LA "CASONA" Y PISO 4 y 5 DE LA GERENCIA DE PENSIONES.</p>	<p>Producto de la revisión efectuada a la seguridad física de los racks de comunicaciones ubicados en la "Casona" y Edificio Jorge de Bravo se determinó que actualmente se carece de los siguientes elementos de seguridad: <u>"Casona"</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cables poco ordenados en dicho Rack. b) Ausencia de bitácoras de acceso al cuarto de comunicaciones. c) Ausencia de UPS para los equipos de comunicaciones y equipo de cómputo en general. <p><u>Piso 4 y 5 Edificio Jorge de Bravo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cables descubiertos b) Poca facilidad de acceso por objetos que obstruyen el paso. c) Basura cerca del rack 	<p><u>Al Area Administrativa</u> Mejorar las deficiencias de control expuestas anteriormente en la sección "condición" específicamente lo referente al Piso 4 y 5, aumentando las medidas de seguridad de los racks de comunicaciones. Para esta labor es necesario la creación de un cuarto exclusivo para los rack de comunicación.</p> <p><u>Centro de Gestión Informática GP</u> Mejorar las deficiencias de control expuestas anteriormente en la sección "condición" específicamente lo referente a la "Casona".</p>

17)

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CONDICIÓN	RECOMENDACIÓN
<p>OPORTUNIDAD DE MEJORA 2: ALGUNOS DOCUMENTOS DEL CGI DE LA GERENCIA DE PENSIONES NO CUENTAN CON UN HISTORIAL DE REVISIONES NI ACTUALIZACIONES.</p>	<p>Al revisar los documentos solicitados para el proceso de auditoría, se identificó que algunos de ellos no poseen un historial de revisiones ni actualizaciones.</p> <p>Al no poseer el historial de revisiones ni actualizaciones en cada documento, no se están siguiendo las razonables prácticas de control de versiones de los documentos para la gestión de las T.I.</p> <p>Los documentos que no poseen el control de revisiones ni actualizaciones son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Riesgos • Metodología para Gestión de Comités de Usuarios. • Procedimiento para Gestión de Incidentes. • Procedimientos para Respaldo y Restauración de Bases de Datos • Manual técnico del SIP. 	<p><u>Al CGI de la Gerencia de Pensiones</u></p> <p>Añadir el historial de revisiones y actualizaciones de cada uno de los documentos mencionados en la "Condición" de este hallazgo.</p>

18)



El ingeniero Cordero en cuanto a las recomendaciones de la normativa de la SUPEN, refiere que en relación con la recomendación de la Seguridad Física, la administración ha venido haciendo mejoras; sin embargo, las que están contenidas en la carta de gerencia, aún están pendientes o en proceso de ser implementadas. En cuanto a las recomendaciones de la normativa de la SUPEN, en lo que es Seguridad lógica y al acceso a los datos, se ha venido cumpliendo, sin embargo, para el sistema de inversiones, aún no se tiene y la recomendación es poder implementar esa opción en este sistema de inversiones. Sobre el hallazgo uno, en el último comentario de la administración, este componente se incluyó en el nuevo plan táctico de la Gerencia de Pensiones. Sobre el hallazgo número dos, va ligado con el hallazgo que anteriormente se comentó. Igualmente, en las inconsistencias de la base de datos de crédito, se determinaron los montos o el porcentaje monetario que corresponde a estas inconsistencias, pero básicamente es poder depurar esas inconsistencias, que se encuentran a nivel de la base de datos de crédito. En el hallazgo número tres, actualmente, se llevan algunas mediciones sobre el desempeño actual y futuro de la plataforma tecnológica; sin embargo, un plan documentado y formalizado, no se tiene a nivel de la Gerencia de Pensiones. En ese sentido, la recomendación es poder establecer ese plan sobre la capacidad y desempeño de la infraestructura que, actualmente, tiene el IVM para ser utilizado en planes estratégicos y en el plan de infraestructura como tal. El Hallazgo cuatro, actualmente, el Centro de Gestión Informática, posee un procedimiento para la atención de incidentes, en unas pruebas que realizaron está bien documentado hasta el nivel uno, no obstante, cuando esos incidentes por alguna razón, se deben escalar a un nivel dos o un nivel tres, es decir, de mayor atención, no existe ese cumplimiento formal o documentado de su atención como tal. En esos términos, la recomendación es poder cumplir con ese procedimiento que actualmente rige, en la parte de incidentes en el Centro de Gestión Informática. El hallazgo número cinco, se refiere a que actualmente la Gerencia de Pensiones, en materia de informática, cuenta con un inventario general de las licencias, pero en el momento de poder realizar ese cotejo con cada uno de los equipos de la Gerencia, no se logró cotejar, debido a que no se cuenta con un inventario detallado de que software tiene instalado, cada uno de estos equipos; entonces, la recomendación es poder desarrollar mediante una herramienta informática, ese inventario de licencias para poder cotejarlas contra el inventario de licencias general. El hallazgo seis, para el año 2015 la comisión se ha venido reuniendo periódicamente y esta situación, por lo menos está en proceso de ser solucionado. En el hallazgo siete, existe un Comité de Usuarios en donde se tiene que velar, si esas incidencias proceden o no para poder solucionar cierto problema en el desarrollo de aplicaciones. No obstante, esta Comisión o la documentación que procesa esa comisión como tal, carecen de ciertos aspectos que establece el procedimiento como tal. La recomendación es poder establecer con claridad esa documentación o en su defecto, cambiar el procedimiento que rige las modificaciones o cambios en los sistemas de información. Con el hallazgo ocho, lo que se busca es un procedimiento, en donde se depure o se revise la información que se va generando, en los diferentes procesos de la Gerencia de Pensiones, denomínese crédito, inversiones y atención al usuario, con el fin de que la información final que se almacena en las bases de datos, de ser el caso, sea formalmente revisada y depurada.

La Directora Alfaro Murillo le pregunta al señor Gerente de Pensiones, porque en el punto anterior, se indica que la Comisión de Tecnologías, en este año si se estaba reuniendo regularmente, pregunta que es regularmente.

Responde el Lic. Barrantes Espinoza que una vez mensual.

La ingeniera Alfaro Murillo pregunta si el impacto que se produjo en el año 2014, fue un impase o la Comisión no venía funcionando regularmente.

Al respecto, señala el Gerente de Pensiones que la información es del año 2014.

Interviene al Director Alvarado Rivera y solicita que se le dé seguimiento mensual al tema de Tecnologías de Información, porque los sistemas se van transformando y van requiriendo renovarlos. Repite, por lo cual requiere de un seguimiento y si no se reúne la comisión, tampoco puede haber una proyección.

Continúa el Ing. Montero con la presentación y anota que referente a la Oportunidad de Mejora número uno, la recomendación es ordenar los cables en dicho rack, así como establecer bitácoras en el cuarto de comunicaciones como tal, además, de darle un mantenimiento propiamente a la UPS de dicho cuarto de comunicaciones y poder facilitar el acceso a esas salas, ya que durante el proceso de auditoría, se dificultó por problemas de objetos que estaban ubicados cerca de los respectivos rack. Por último, de esas recomendaciones del año 2014, se menciona algunos documentos del Centro de Gestión Informática de la Gerencia de Pensiones, porque no cuentan con un historial de revisiones actualizados, específicamente, lo que son el Plan de Riesgos, la Metodología de Gestión de Comités, el Procedimiento para la Gestión de Incidentes, el Procedimiento de Respaldo y Restauración de la Base de Datos y el Manual Técnico del Sistema Integrado de Pensiones, es decir, no se establecen por lo menos en esos documentos, una trazabilidad de esos documentos, los responsables, cuáles fueron los últimos cambios que se dieron a la Normativa Interna del Centro de Gestión Informática como tal. Estas serían las observaciones correspondientes al año 2014, dándole seguimiento a recomendaciones de períodos anteriores, de las 16 recomendaciones que estaban vigentes en el Informe de Auditoría, seis de ellas están corregidas, lo que corresponde a un 37%, seis de esas dieciséis recomendaciones están en proceso, es decir, ya la administración ha realizado alguna gestión para poder atenderla, lo cual corresponde a un 38% y pendientes de atención están cuatro, las cuales corresponden a un 25% de esas recomendaciones que se deben atender.

Respecto de una duda planteada por la señora Presidenta Ejecutiva, en términos de conocer cuál es el riesgo, desde la perspectiva de informática, en esas cuatro observaciones que están pendientes de ser atendidas, el Ing. Montero responde que, específicamente, las que se encuentran pendientes, primero, es el incumplimiento de la metodología establecida para la gestión de calidad en los procesos informáticas, esa observación representa un riesgo bajo. Otra observación que está pendiente de ser atendida, son las posibles inconsistencias en los registros almacenados en la base de datos de crédito, que ya se actualizaron y dividieron los registros, ese incumplimiento representa un riesgo medio. Además, la ubicación del Centro de Gestión Informática de la Gerencia de Pensiones, dentro del organigrama institucional, no concuerda según lo indicado en el documento Modelo Organizacional del Centro de Informática, lo cual representa un riesgo medio y las diferencias entre las actividades sustantivas, referentes al proceso del Centro, localizado en el Manual Organizacional de la Gerencia de Pensiones, difiere con el Modelo Organizacional del Centro de Datos de Gestión Informática, ese aspecto también representa un riesgo medio.

En relación con una pregunta la doctora Sáenz Madrigal, en el sentido de si hacen una opinión integral o por Régimen, el Ing. Montero responde que así es.

Respecto de una inquietud de doña Rocía Sáenz, el Lic. Montero responde que si se unen Tecnologías de Información con el tema de lo que es el ambiente de control interno, la administración, dentro de lo que se ha analizado en años anteriores y en este año, ha manifestado una actitud de corrección o de mejora constante, en cada una de las observaciones con el seguimiento y cronogramas que se dan. Además, están en un proceso de mejora constante en el tema del ambiente de control interno, tanto financiero como tecnologías de información y ese aspecto también se refleja en la opinión de los estados financieros, que para este período en el tema del Régimen no Contributivo y lo que es el RIVM, es una opinión limpia, entonces, comparado con el período pasado, donde en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte tienen una calificación de la opinión, con el tema de las cuentas por cobrar y su estimación que ya fue aplicado, para ese período 2014, están en proceso de mejora.

Por su parte, al Director Alvarado Rivera le parece que lo que queda es recomendar, que la administración le dé seguimiento a las observaciones, pero quiere que no quede abierto a la corrección de los hallazgos, porque si no la auditoría no tienen ningún sentido. Considera que en un plazo no mayor de seis meses, se debería tener un reporte, de cuál ha sido la solución de los hallazgos. No es que vengan a presentar que se está trabajando, porque solo son detalles de procedimiento de cómo se hace la calidad, lo que hay que hacer es corregir lo que sea pertinente, pero que se muestre la corrección efectiva, porque entiende que hay procesos de mejora continua en todos estos temas, pero hay rendimientos contables que no es auditable que tengan una mejora continua.

El Lic. Montero indica que está establecido en ese mismo cronograma con fechas, se tienen establecidos seis meses, ocho meses y tres meses, porque hay algunos temas que son fáciles de corregir y otros temas que hay que incorporarle los recursos financieros y humanos que requieren un tiempo. Entonces, igualmente, se define un plazo para la corrección de cada una de esas tres observaciones básicas.

Al Director Barrantes Muñoz le parece que en esos casos, se elabore un plan de acciones para la atención de las recomendaciones, con plazos claramente determinados y siguiendo las pautas que la misma recomendación contiene y, además, se rinda un informe. También se puede convenir un plazo para esta Junta Directiva, de cómo se va atendiendo ese plan de atención.

Abona la doctora Sáenz Madrigal que muchas de esas observaciones ya están, pero se necesita que quede el reporte y el documentado al que le dieron seguimiento, para que se indique que ya fueron corregidas. Repite, no solamente que se mencione que fueron corregidas, sino porque queda documentado que se le dio el seguimiento.

El Licenciado Montero señala que, anteriormente, se tenían los hallazgos y las cartas de gerencia. En algunos de los hallazgos se estableció que unos tenían riesgo, unos estaban para ser presentados a la Junta Directiva y otros a nivel de administración. Algunos de esos hallazgos como fueron determinados en el mes de diciembre del año 2014, se están preparando para ser presentados en este segundo semestre y tienen un gran avance en la corrección, quedan como dos o tres hallazgos que son de mejora continua en la revisión de la base de datos.

El Director Loría Chaves señala que tiene la impresión de que aunque el IVM no está regulado, nada más está supervisado, se debería establecer el objetivo de que se organice y funcione como

si estuviera regulado, es decir, hay una serie de prácticas, por ejemplo, en tecnologías las normas COBIT (Objetivos de control para la información y tecnologías relacionadas), que son las normas de buenas prácticas en tecnologías. Aunque no se establezcan que se impongan para estar muy delante de las situaciones. Comenta que ese aspecto lo había conversado con el Gerente de Pensiones, porque es muy importante, no solamente en tecnologías, sino en otros campos como inversiones y otros más para continuar en esa línea y mejorar.

Por consiguiente,

ACUERDO PRIMERO: se tiene a la vista el oficio número GP-28.741-15 del 4 de agosto del año en curso que firma el señor Gerente de Pensiones y, en lo pertinente, literalmente se lee en estos términos:

“RESUMEN EJECUTIVO:

La presente propuesta de asunto a tratar, tiene el propósito de someter a consideración y aprobación por parte de la Junta Directiva de los Estados Financieros Auditados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de diciembre del 2014.

I. ANTECEDENTES

La Contraloría General de la República en la disposición 4.1. acápite a) Del Informe DFOE-SOC-35-2008 dispuso se definiera e implementara una estrategia y mecanismos oportunos para que la Junta Directiva conozca, analice y apruebe los Estados Financieros de cierre del ejercicio anual preparados por la Gerencia Financiera y los Auditados.

En virtud de lo anterior, la Junta Directiva en el Acuerdo Primero de la Sesión Nº 8288, celebrada el 2 de octubre del 2008, estableció los lineamientos sobre la presentación de los Estados Financieros Auditados.

Asimismo, en el artículo 23º de la Sesión Nº 8425 celebrada el 25 de febrero del 2010, la Junta Directiva dispuso en el acuerdo segundo lo siguiente:

“ACUERDO SEGUNDO: modificar el Acuerdo Primero del artículo 2º de la sesión Nº 8288, celebrada el 2 de octubre del año 2008 únicamente en lo referente a la aprobación de los estados financieros auditados, para que se lea de la siguiente manera:

“la Junta Directiva recibirá y aprobará los Estados Financieros Auditados de los Seguros de Salud (SEM), Pensiones (IVM) y Régimen no contributivo (RNC) ...”.

Mediante oficio DFA-1030-2015 de fecha 28 de julio del 2015, la Dirección Financiera Administrativa presenta a la Gerencia de Pensiones los Estados Financieros Auditados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte a diciembre del 2014.

Sobre el particular, se señala en el citado oficio “... *los citados documentos fueron debidamente revisados por parte de este Despacho en conjunto con la Dirección Financiero Contable, resultando de la revisión de marras, la firma por parte del Área de Contabilidad Financiera, Dirección Financiero Contable, Gerencia Financiera y Auditoría Interna respectivamente*”.

II. DICTAMEN TECNICO

Estados Financieros Auditados del Seguro del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de diciembre del 2014.

III. DICTAMEN LEGAL

Artículo 14 inciso g) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 12 de la Ley General de Control Interno N° 8292 sobre deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno, el inciso c) indica: “*c. analizar e implantar de inmediato las observaciones, recomendaciones y disposiciones formuladas por la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la Auditoría externa y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan*”

Informe DFOE-SOC-35-2008 del 11 de setiembre del 2008, emitido por la Contraloría General de la República.

IV. CONCLUSIONES

De conformidad con expuesto por el Despacho Carvajal & Colegiados, Contadores Públicos Autorizados “... *los estados financieros adjuntos presentan de forma razonable, en todos los aspectos significativos, la situación financiera de la Caja Costarricense de Seguro Social – Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, al 31 de diciembre del 2014 y 2013, los resultados de sus operaciones, los flujos de efectivo y las variaciones en el patrimonio por los años terminados en esas fechas, de conformidad con las bases contables descritas en la nota 2*”.

RECOMENDACIÓN:

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

una vez realizada la presentación por parte del Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos (Auditoría Externa) en cuanto a los Estados Financieros Auditados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de diciembre del año 2014, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** dar por recibidos y aprobados los Estados Financieros Auditados del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte al 31 de diciembre del año 2014, según los términos del documento que queda constando en la correspondencia del acta de esta sesión.

Asimismo, se instruye a la Gerencia de Pensiones para que se atiendan las recomendaciones contenidas en los informes complementarios (Cartas de Gerencia) correspondientes al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, de manera que se cumplan oportunamente los aspectos señalados en materia de control interno y otros.

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

ACUERDO SEGUNDO: se tiene a la vista el oficio número GP-28.743-, del 4 de agosto del año en curso, que firma el señor Gerente de Pensiones y, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

“RESUMEN EJECUTIVO:

La presente propuesta de asunto a tratar, tiene el propósito de someter a consideración y aprobación por parte de la Junta Directiva de los Estados Financieros Auditados del Régimen No Contributivo al 31 de diciembre del 2014.

I. ANTECEDENTES

La Contraloría General de la República en la disposición 4.1. acápite a) Del Informe DFOE-SOC-35-2008 dispuso se definiera e implementara una estrategia y mecanismos oportunos para que la Junta Directiva conozca, analice y apruebe los Estados Financieros de cierre del ejercicio anual preparados por la Gerencia Financiera y los Auditados.

En virtud de lo anterior, la Junta Directiva en el Acuerdo Primero de la Sesión Nº 8288, celebrada el 2 de octubre del 2008, estableció los lineamientos sobre la presentación de los Estados Financieros Auditados.

Asimismo, en el artículo 23º de la Sesión Nº 8425 celebrada el 25 de febrero del 2010, la Junta Directiva dispuso en el acuerdo segundo lo siguiente:

“ACUERDO SEGUNDO: modificar el Acuerdo Primero del artículo 2º de la sesión Nº 8288, celebrada el 2 de octubre del año 2008 únicamente en lo referente a la aprobación de los estados financieros auditados, para que se lea de la siguiente manera:

“la Junta Directiva recibirá y aprobará los Estados Financieros Auditados de los Seguros de Salud (SEM), Pensiones (IVM) y Régimen no contributivo (RNC) ...”.

Mediante oficio DFA-1037-2015 de fecha 29 de julio del 2015, la Dirección Financiera Administrativa presenta a la Gerencia de Pensiones los Estados Financieros Auditados del Régimen No Contributivo a diciembre del 2014.

Sobre el particular, se señala en el citado oficio “... los citados documentos fueron debidamente revisados por parte de este Despacho en conjunto con la Dirección

Financiero Contable, resultando de la revisión de marras, la firma por parte del Área de Contabilidad Financiera, Dirección Financiero Contable, Gerencia Financiera y Auditoría Interna respectivamente”.

II. DICTAMEN TECNICO

Estados Financieros Auditados del Seguro del Régimen No Contributivo al 31 de diciembre del 2014.

III. DICTAMEN LEGAL

Artículo 14 inciso g) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 12 de la Ley General de Control Interno N° 8292 sobre deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno, el inciso c) indica: *“c. analizar e implantar de inmediato las observaciones, recomendaciones y disposiciones formuladas por la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la Auditoría externa y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan*

Informe DFOE-SOC-35-2008 del 11 de setiembre del 2008, emitido por la Contraloría General de la República.

IV. CONCLUSIONES

De conformidad con expuesto por el Despacho Carvajal & Colegiados, Contadores Públicos Autorizados *“...los estados financieros antes mencionados se presentan razonablemente en todos los aspectos significativos la situación financiera del Régimen No Contributivo de Pensiones, al 31 de diciembre del 2014 y 2013, los resultados de sus operaciones, sus cambios en el patrimonio y los flujos de efectivo por los años terminados en esas fecha (sic), de acuerdo con las bases contables descritas en la nota 2”.*

RECOMENDACIÓN:

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

una vez realizada la presentación por parte del Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos (Auditoría Externa), en cuanto a los Estados Financieros Auditados del Régimen no Contributivo al 31 de diciembre del 2014, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** dar por recibidos y aprobados los Estados Financieros Auditados del Régimen no Contributivo al 31 de diciembre del año 2014, según los términos del documento que queda constando en la correspondencia del acta de esta sesión.

Asimismo, se instruye a la Gerencia de Pensiones, para que se atiendan las recomendaciones contenidas en los informes complementarios (Cartas de Gerencia) correspondientes al Régimen no Contributivo al 31 de diciembre del año 2014, de manera que se cumplan oportunamente los aspectos señalados en materia de control interno y otros.

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

Los licenciados Barrantes Espinoza y Badilla Castañeda se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón.

ARTICULO 16°

Se presenta el oficio N° GF-13.771-15, fechado 5 de junio del año 2015, suscrito por Gerente Financiero, al que se adjuntan los estados financieros auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre del año 2014.

La presentación está a cargo del licenciado Montero, del Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos (Auditoría Externa), con base en las láminas que se especifican:

- a) *CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
SEGURO DE SALUD (CCSS-SEM)
Carta de Gerencia CG 2-2014
Informe Final.*
- b) **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES II VISITA 2014**

HALLAZGO 1: ACTAS DE JUNTA DIRECTIVA NO PRESENTAN FIRMAS RIESGO BAJO

CONDICIÓN:

En la revisión de las actas de Junta Directiva al 31 de diciembre del 2014, observamos la ausencia de firmas de las actas comprendidas entre el acta N°8722 con fecha del 02 de julio del 2014 y el acta N°8756 del 15 de diciembre del 2014.

Esta situación en el control interno de las Actas de la Junta Directiva, genera que los acuerdos realizados en las sesiones ordinarias y extraordinarias no se encuentren debidamente oficializados.

- c) Hallazgo 2:

Hallazgo 2: ANULACIONES DE PAGOS CON ANTIGÜEDAD SUPERIOR A UN AÑO EN LAS CONCILIACIONES BANCARIAS. RIESGO MEDIO

CONDICIÓN:

Como parte de nuestras pruebas de auditoría correspondientes al período de julio a diciembre 2014, revisamos las conciliaciones bancarias de cuentas corrientes, determinando que se presentan depósitos y notas de crédito con una antigüedad superior a un año, que corresponden a anulaciones de pago según nos informó la Administración.

d) Hallazgo 3:

Hallazgo 3: SOBANTES DE PLANILLAS PENDIENTES DE REGISTRO CON ANTIGÜEDAD SUPERIOR A UN AÑO EN LAS CONCILIACIONES BANCARIAS. RIESGO MEDIO

CONDICIÓN:

Como parte de nuestras pruebas de auditoría correspondientes al período de julio a diciembre 2014, revisamos las conciliaciones bancarias de cuentas corrientes, determinando que se presentan sobantes de planillas pendientes de registro con una antigüedad superior a un año.

e) Hallazgo 4:

Hallazgo 4: PARTIDAS ACREDITADAS EN BANCO Y NO DEBITADAS EN LIBROS CON ANTIGÜEDAD SUPERIOR A UN AÑO EN LAS CONCILIACIONES BANCARIAS. RIESGO MEDIO

CONDICIÓN:

A la fecha de nuestra revisión, se presentan partidas pendientes de registro en libros con una antigüedad de más de un año. La responsabilidad de registro de estas partidas pendientes corresponde a las Unidades Financieras y Administrativas de los Centros de Salud y Sucursales, según la normativa interna establecida.

d) Hallazgo 5:

Hallazgo 5: OMISIÓN DEL REGISTRO DE LA VALORACIÓN DE LAS INVERSIONES. RIESGO MEDIO

CONDICIÓN:

Realizamos la revisión de las inversiones en valores que mantiene el Seguro de Salud al 31 de diciembre del 2014. Los procedimientos que aplicamos, incluyeron el análisis de la metodología aplicada para la valoración de la cartera de inversiones con corte a esa misma fecha; y notamos que aunque se efectúa la valoración de dichas inversiones, no se registra el efecto de esta valoración en los estados financieros de la entidad.

e) Hallazgo 6:

Hallazgo 6: CUENTAS POR COBRAR PRESENTAN SALDOS INUSUALES. RIESGO MEDIO

CONDICIÓN:

Al efectuar un análisis a las cuentas por cobrar, determinamos que existen saldos inusuales, los cuales no son congruentes con la naturaleza de estas cuentas, lo que puede generar la presentación de cuentas de activo con saldos subvaluados en los Estados Financieros, las cuales no reflejan el saldo de acuerdo a la naturaleza de cada cuenta

f) Hallazgo 7:

Hallazgo 7: EXISTENCIA DE CUENTAS POR COBRAR QUE NO HAN PRESENTADO MOVIMIENTO DURANTE EL PERIODO, O BIEN CON SALDOS IMPORTANTES PENDIENTES DE COBRO QUE NO PRESENTAN UNA RECUPERACIÓN SIGNIFICATIVA. RIESGO MEDIO

CONDICIÓN:

Realizamos la revisión de cuentas por cobrar al 31 de diciembre del 2014; y encontramos que algunas de ellas presentan saldos acumulados que no han tenido movimiento durante el periodo. Tampoco observamos que exista un responsable de una gestión de cobro oportuna que permita que dichas partidas disminuyan con respecto a ese saldo acumulado.

g) Hallazgo 8:

Hallazgo 8: DIFERENCIAS EN LOS SALDOS CONTABLES DE LOS ACTIVOS DE TERRENO Y EDIFICIOS REVALUADOS EN RELACIÓN CON EL SUPERÁVIT POR REVALUACIÓN AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014. RIESGO MEDIO

CONDICIÓN:

Con base en los saldos registrados en el balance procedimos a totalizar el saldo neto de los activos revaluados de las categorías de terrenos y edificios; y cotejamos en relación con cada una de las cuentas de superávit por revaluación en la sección de patrimonio por categoría de activo, con el fin de determinar lo apropiado de la presentación del superávit por revaluación respecto a la información de los activos al 31 de diciembre del 2014.

h) Hallazgo 9:

**Hallazgo 9: DIFERENCIAS EN LOS SALDOS CONTABLES DE LOS
ACTIVOS DE MOBILIARIO, MAQUINARIA Y EQUIPO
REVALUADOS EN RELACIÓN CON EL SUPERÁVIT POR
REVALUACIÓN AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014.
RIESGO MEDIO**

CONDICIÓN:

Con base en los saldos registrados en el balance procedimos a totalizar el saldo neto de los activos revaluados (Mobiliario, Maquinaria y Equipo) y cotejamos en relación con cada una de las cuentas de superávit por revaluación en la sección de patrimonio por categoría de activo, con el fin de determinar lo apropiado de la presentación del superávit por revaluación respecto a la información de los activos al 31 de diciembre del 2014.

i) Hallazgo 10:

**Hallazgo 10: INCONSISTENCIA EN EL REGISTRO AUXILIAR DE CUENTAS
POR PAGAR PROVEEDORES LOCALES.
RIESGO MEDIO**

CONDICIÓN:

Al efectuar la revisión de pago posterior de una muestra de cuentas por pagar, determinamos que existen inconsistencias en los datos ingresados de la cuenta individual, esto debido a la existencia de las siguientes situaciones:

- Cuando ingresan el crédito de la cuenta por pagar deben utilizar el número de proveedor y orden de compra para ingresar la cuenta individual, la cual pueda que se ingrese errónea.

- Cuando se ingresa el débito de la cuenta por pagar utilizan el número de proveedor más orden de compra la cual debe ser de 7 dígitos, los cuales se completan con ceros al inicio, pero al ingresar el crédito con la cuenta individual errónea deja la cuenta sin cancelar.

j) Hallazgo 11:

**Hallazgo 11: SALDOS INUSUALES EN LAS PARTIDAS DE LAS CUENTAS
DE GASTOS. RIESGO BAJO**

CONDICIÓN:

Al realizar la revisión de las partidas de las cuentas de gastos al 31 de diciembre del 2014, observamos que existen partidas en las cuentas de gastos que presentan saldos inusuales a la naturaleza de la cuenta de gastos.

El Lic. Montero señala que en el Seguro de Salud, igualmente, hay cartas de gerencia que se relacionan con el ambiente de control a nivel financiero, y otra también a nivel de tecnologías de información. Dentro de lo que son las observaciones, en una auditoría del año 2005, se indicó que se tenían actas que no contenían firmas, que corresponden al 02 de julio del 2015 al 15 de diciembre del 2014. Lo indicaron para efectos de seguimiento y que se le otorgue cumplimiento a la parte de las firmas correspondientes.

La Directora Alfaro Murillo pregunta que quién firma las actas.

La Lic. Zúñiga Valverde indica que este es un asunto que ya está siendo atendido. Se tomaron acciones para lograr un mayor acercamiento a la aprobación de las actas, con la mayor prontitud, pero hubo que ir dejando un poco, no de lado, pero ir poco a poco para seguir imprimiendo en el libro oficial. Se tuvo una situación técnica que ya fue atendida y están en ese proceso y se están enviando los libros para el correspondiente refrendo.

Aclara la señora Presidenta Ejecutiva que la pregunta de doña Marielos es quién firma las actas.

La señora Emma Zúñiga Valverde solicita disculpas porque no escuchó y responde que solo la señora Presidencia Ejecutiva.

La ingeniera Alfaro Murillo indica que entonces, cuando se indica en el informe que no están firmadas las actas, la responsabilidad es de la señora Presidenta Ejecutiva.

El señor Loría Chaves pregunta si esas actas son revisadas solo por la señora Presidenta Ejecutiva y si también las revisa la auditoría.

Agrega el Director Fallas Camacho que la Auditoría y la Dirección Jurídica.

Pregunta la doctora Sáenz Madrigal que si ella asume la responsabilidad por todo.

El Director Alvarado Rivera indica que si existiría la disposición, de que el señor Auditor y el Director Jurídico firmen las actas y pregunta que si en tiempo real, se podrán leer para que sean firmadas.

La Ing. Alfaro Murillo pregunta por qué va a firmar el abogado y el auditor las actas, le parece que es un asunto de la Junta Directiva y se opone, porque no quiere a entes externos firmando las actas.

Sobre el particular, señala la doctora Rocío Sáenz que, normalmente, en otras Juntas Directivas es la Secretaría y la Presidencia Ejecutiva.

La Directora Alfaro Murillo y el Director Alvarado Rivera indican que así es.

El licenciado Alvarado Rivera le parece que hay un acuerdo al respecto y considera que lo que hay que hacer es revisarlo.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que no ha firmado las actas, pero no es que no ha querido firmarlas.

Pregunta la Directora Soto Hernández que quién es el Secretario de la Junta Directiva.

El Lic. Juan Luis Bermúdez indica que doña Emma Zúñiga.

Aclara doña Emma Zúñiga que el acta transcrita en el libro oficial, es firmada solo por la Presidenta Ejecutiva y están establecidos otros controles internos propios del proceso.

Respecto de una interrogante de la Dra. Sáenz Madrigal, interviene el Subgerente Jurídico y señala que en el artículo 21° del Reglamento de la Junta Directiva, se establece que *“aprobada el acta, el borrador será firmado en cada uno de sus folios por el Director Jurídico. El texto aprobado se transcribirá al libro oficial de actas de la Junta Directiva y será confrontado por la Auditoría, con base en la copia del acta que obra en su poder. Hecha esa confrontación, cada uno de sus folios será firmado por el Auditor o Auditora o bien por el Subauditor o Subauditora. Las actas transcritas en el libro oficial serán firmadas por el Presidente Ejecutivo o la Presidenta Ejecutiva”*. Lo transcrito es producto de la lectura del documento.

Continúa el Licenciado Montero y anota que los hallazgos dos, tres y cuatro, están muy relacionados con el tema de las anulaciones de pagos, se refiere a las partidas y las conciliaciones bancarias que tienen superior o más de un año, que no presentan movimiento, se refieren a anulaciones de pago, a sobrantes de planilla pendientes de registro y lo relacionado con partidas acreditadas en banco y no debitadas en libros. Lo significativo es darle seguimiento a esas diferentes partidas su validez, porque se involucra no solo la parte de la contabilidad operativa, sino también las Sucursales. Entonces, cada una de esas Sucursales, tiene su registro en las diferentes partidas, es evidenciar y documentar cada una de esas partidas, para proceder a su análisis y registro de manera oportuna. El tema del hallazgo cinco, es el que se indica también a nivel de IVM, omisión del registro de la valoración de las inversiones que, igualmente, a nivel de del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), es un tema en el que se hace el cálculo en la valoración, pero no se registra. Igualmente, está en proceso de concluir con el sistema que se relaciona con la valoración de las primas y descuentos, por el método de tasa efectiva para efectos de complementar este proceso de registro, a nivel de valoración de las inversiones. El hallazgo seis, presenta cuentas por cobrar con saldos inusuales, igual que en el tema del Seguro de Salud, hay algunas partidas que presentan saldos contrarios a su naturaleza, porque hay algunas que se relacionan con partidas, que para no pasarlas como un pasivo, se mantienen en cuentas por cobrar, pero realmente fueron pagos adicionales o partidas que se recuperaron de más. Principalmente, en el tema de los aportes que hace el Estado, hay un monto significativo que conforme los otros meses ya tiene su saldo normal, de acuerdo con el plan de pagos; sin embargo, dentro de lo que es la naturaleza de cada una de las cuentas, es importante validar el registro de esas partidas, para efectos de considerar la pertinencia de la mismas o hacer la reclasificación correspondiente. El hallazgo siete, es un tema reiterativo, tanto en el IVM como en el SEM, con saldos que no presentan movimiento durante el período y que se relacionan con cuentas por cobrar; es igualmente la validación de esas cuentas por cobrar, su documentación así como el deterioro que tengan para efectos de considerar, el tema de crear una estimación para incobrables o y en definitiva, hay que darlas de baja, es importante darle seguimiento a estas cuentas por cobrar porque, igualmente, conforme pasa el tiempo es más difícil recuperar una

cuenta que no tenga movimiento. Los hallazgos ocho y nueve, se asemejan a lo que se presentó en el RIVM, los activos que están sujetos a revaluación, se revalúan normalmente y el tema de lo que son los terrenos, los edificios y mobiliario, maquinaria y equipo se hace la revaluación y el cálculo, y ese valor en libros que tiene una fecha, contra el valor actual, es decir, ese reconocimiento de esa revaluación, tiene una cuenta relacionada en el superávit, por la revaluación que está en el patrimonio, de manera que al hacer el ejercicio del saldo neto de este registro contable, se origina que en el superávit por revaluación. En ese sentido, se tiene una diferencia relevante, o sea, ya en activos que se ha realizado la revaluación, por medio de la depreciación acumulada, o que se han dispuesto los activos y no se ha hecho la reclasificación correspondiente al superávit, por revaluación a utilidades acumulada. Entonces, hay que continuar con este proceso de registro y de validación de la información, para efectos de registrar la reclasificación del superávit por revaluación ya realizada. El hallazgo diez, se relaciona con que existen inconsistencias, en el registro auxiliar de cuentas por pagar de proveedores locales. Dentro de lo que es el registro auxiliar de las cuentas por pagar a proveedores, es un sistema un poco antiguo donde los parámetros para efectos de ir depurando, lo que son las diferentes facturas contra los débitos y los créditos, sino se registra la información, conforme se incluye la factura en el momento de cancelarla y si se produce algún error en algún número, en el momento de hacer la cancelación, el resultado es un error. Entonces, esa base de datos a nivel de proveedores por indicarlo de alguna manera, hay que hacer un proceso de depuración, porque se mantiene un historial que a veces tiene el efecto, de que algunos de esos proveedores es en dólares y, también, se produce un efecto de diferencial cambiario que le ensucia el poder buscar una factura, pagarla y eliminarla. En ese sentido, se crean esas inconsistencias que lo que va haciendo, es cargando más información en ese sistema, que se relaciona con el registro auxiliar de proveedores. Comenta que esas son las inconsistencias que se determinaron a nivel de errores, en el momento de ingresar y de cancelar las mismas facturas, en ese sistema de cuentas por pagar.

La Directora Alfaro Murillo señala que su intervención es, tomando como base lo que se indicó anteriormente, agregar a los comentarios realizados y que quede muy claro que el tema de los sistemas de información son muy importantes.

En cuanto a una interrogante del Director Alvarado Rivera, responde el Lic. Montero que esas son partidas conciliatorias que tienen más de un año de existir y no se depuran, no se limpian y hay que darles seguimiento, precisamente, se mantiene la partida conciliatoria mes a mes y hay que hacer ese registro, para afectar la cuenta correspondiente.

En relación con una pregunta de la Directora Soto Hernández, señala el Gerente Financiero que dentro de la estructura de la Caja, el riesgo le corresponde asumirlo a la Dirección de Sistemas Administrativos, porque se relaciona con el tema de control interno y riesgos, es la Unidad que tiene a cargo el Lic. Sergio Cachón, después, cada unidad maneja un encargado del tema de control interno y mejora continua y actuarial. En lo que se relaciona con materia de inversiones financieras, el RIVM y el Régimen de Salud, comparten un Comité de Riesgos, en lo que corresponde a inversiones financieras, en títulos de haciendas y certificados, entre otros. Ese aspecto es desde el punto de vista financiero e inversiones, que es donde está más desarrollado. Lo demás está con una unidad central y ahí existe toda una normativa para el tema de control interno y reducción de riesgos, pero el tema está más disperso. En resumen, no hay una dirección de riesgos como lo plantea doña Mayra Soto.

Agrega la señora Presidenta Ejecutiva que la Gerencia Administrativa es la que hace el análisis integral del riesgo, que fue uno de los comentarios que hizo don Rolando Barrantes al inicio de la sesión de hoy.

Continúa el Lic. Montero y anota que el hallazgo once, determina que existen saldos inusuales en las partidas de cuentas de gasto, en ese sentido, el aspecto no es muy relevante, pero el tema de la naturaleza de cada una de las cuentas, sea deudora o acreedora es importante, entonces, cuando se tiene una cuenta que es negativa, les va a llamar la atención y es importante darle seguimiento. Se está en una situación, ya no se puede revertir esos registros, porque ya pasaron los resultados en el período 2014, pero es importante que en ese proceso de análisis previo, para efectos de identificar esas partidas y que sí realmente corresponden a ajustes, que se registren en la cuenta que corresponda.

Respecto de la recomendación de las actas, señala la doctora Sáenz Madrigal que se quedó con la primera recomendación, en el sentido de que se ubica cuando se hace el análisis del SEM y se presenta a la Junta Directiva. Le parece que el comentario es para cada uno de los Regímenes.

Sobre el particular, señala el licenciado Montero que es muy acertado el comentario, en ese sentido, la observación debería estar ubicada en los tres Regímenes, porque realmente se ve en los tres y las actas se determinan como un todo, porque el tema es íntegro. Como la Junta Directiva está ubicada en el Régimen de Salud, cuando se hace la valoración de la meta de control del SEM, se ubica en ese tema, porque a nivel conceptual se determina a la Junta Directiva como del SEM, pero realmente también es parte del IVM y el RNC.

Consulta la doctora Rocío Sáenz que el hecho de revisar las actas, es por el tema de control y aunque estén aprobadas y transcritas, cuál es el valor de esa firma, a que es lo que le da valor ese hallazgo.

Responde el Lic. Montero que es un tema de formalidad, el asunto de la auditoría externa de revisar las actas es, principalmente, si hay acuerdos que le afecten la situación financiera de la Institución, entonces, a ese acuerdo se le va a dar seguimiento, para efectos de que el soporte que lleva ese movimiento contable, sea el de autoridad máxima, ese es el tema para efectos de revisar las actas, los acuerdos, principalmente, que afecten la parte financiera que se está auditando.

A continuación, el ingeniero Fabián Cordero se refiere a, Informe de Auditoría Tecnologías de la Información 2014. Seguro de enfermedad y maternidad (SEM), para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

- I) Caja Costarricense de Seguro Social
Informe de Auditoría Tecnologías de la Información 2014

Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM).

II)



III) Objetivo:

- Como parte de la evaluación a los estados financieros del ***Seguro de Salud (SEM) de la Caja Costarricense de Seguro Social***, procedimos a realizar la evaluación de los controles generales de la gestión de tecnología de información, con el objetivo de medir el grado de riesgo de la información en lo que respecta a seguridad, integridad, efectividad, eficiencia, confidencialidad, confiabilidad, disponibilidad y continuidad de la plataforma tecnológica.
- La evaluación la realizamos de acuerdo con las Normas Técnicas para la Gestión y el Control de las Tecnologías de Información, emitidas por la Contraloría General de la República, los Objetivos de Control de Tecnologías de Información (COBIT por sus siglas en inglés) emitidos por la “Information Systems Audit and Control Association” (ISACA por sus siglas en inglés) y en general las mejores prácticas de la industria de tecnología de información.

IV) Alcance:

- Cumplimiento de la normativa interna vigente referente a las tecnologías de la información.
- Cumplimiento de las normas técnicas para la gestión y control de las T.I.
- Oportunidades de mejora identificadas en la evaluación.

- Seguimiento a recomendaciones emitidas en cartas de gerencia anteriores.

V) Período de estudio:

- El estudio se realizó durante los meses de Febrero y Marzo del 2015 y corresponde a la auditoría del período del 2014.

VI)

Hallazgos y recomendaciones

HALLAZGO 01: LA ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PORTAFOLIO DE PROYECTOS DE T.I. NO ES LA MEJOR. RIESGO MEDIO.

CONDICIÓN:

Producto de la revisión efectuada, se determina que existe un portafolio de proyectos de T.I., a nivel institucional, el cual trata sobre temas de infraestructura y tecnologías, el encargado de su gestión es la Gerencia de Infraestructura. Sin embargo, la estructura que presenta este portafolio no es la mejor pues apenas detalla la lista de proyectos, el costo estimado de cada proyecto y el detalle por año de la ejecución del presupuesto de cada proyecto.

No se considera dentro del portafolio la documentación de la relación entre los proyectos, la manera en que cada proyecto del portafolio sustenta el plan estratégico institucional (caso de negocio) ni la identificación de los proyectos prioritarios. Además el portafolio no contiene información fundamental de cada proyecto que permita dar seguimiento y llevar un control de los mismos dentro del portafolio.

VII)

Hallazgos y recomendaciones

HALLAZGO 02: EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE T.I. NO SE VALORAN LOS POSIBLES RIESGOS RIESGO MEDIO.

CONDICIÓN:

La institución cuenta con una guía para la valoración de riesgos " *Guía Institucional de Valoración de Riesgos*", esta guía permite valorar los riesgos para planes estratégicos, proyectos, portafolio de proyectos. Actualmente se encuentra en proceso la capacitación para la aplicación de los riesgos al presupuesto.

Sin embargo dado lo anterior no se nos suministró evidencia de la valoración de riesgos al plan estratégico, específicamente en los objetivos correspondientes a la infraestructura y Tecnologías de Información y Comunicación.

VIII)

Hallazgos y recomendaciones

HALLAZGO 03: INCONSISTENCIA EN EL PROCESO DE PRUEBAS DE RESTAURACIÓN DE LOS RESPALDOS. RIESGO MEDIO.

CONDICIÓN:

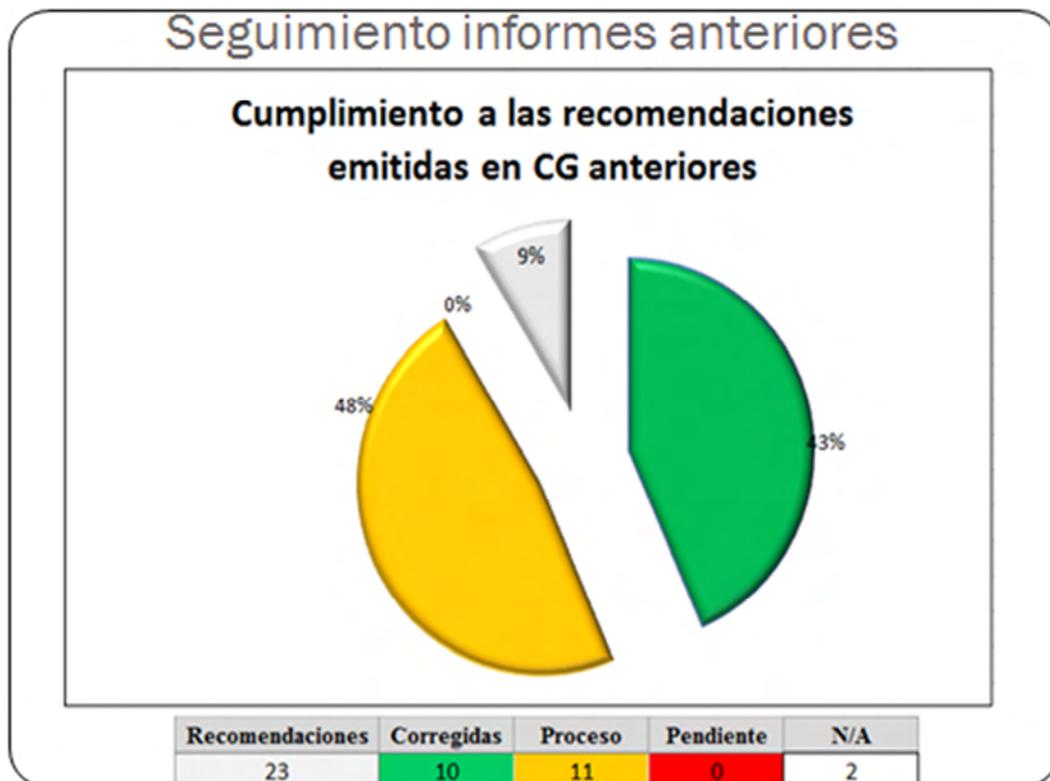
Las pruebas de restauración de los respaldos se realizan cuando es solicitado por funcionarios de la organización, y no periódicamente como forma de control y confirmación del buen estado del respaldo.

A la Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicación.

Cumplir con lo establecido en el TIC-GPR-0001 Guía para la elaboración de respaldos Versión 2.0 (OFICIAL), en donde se indica lo siguiente, "2. Daño físico del medio de respaldo: Deberán hacerse en forma periódica pruebas de restauraciones de información en un área temporal con el fin de probar el buen estado del medio de respaldo. Si se comprueba que el medio tiene un daño y no puede leerse su contenido, se debe destruir físicamente y documentar el número de cinta y su último contenido. Se debe tratar que rescatar la mínima cantidad de información y guardarla en otro medio."

Lo anterior al menos para los sistemas críticos institucionales.

IX)



El Ing. Fabián Cordero señala que en la parte de tecnologías de información, específicamente, en lo que corresponde al SEM, se cumplió con la normativa interna vigente referente a esta materia. También se le dio seguimiento al cumplimiento de las normas técnicas, para la gestión y control de las tecnologías de información, que es la normativa que rige a la Institución, en materia de tecnologías de información y se detectaron oportunidades de mejora, durante el proceso de auditoría y se les dio seguimiento a las 23 recomendaciones que se han emitido en las anteriores cartas de gerencia. En este período se van a conocer tres recomendaciones nuevas, de manera que en total serían las 23 recomendaciones, que se presentan en el informe de Auditoría, en materia de tecnologías de información. El estudio se realizó durante los meses de febrero y marzo del año 2015 y corresponde a la auditoría del período 2014. En el hallazgo número uno, se menciona que la estructura y contenido del portafolio de proyectos de tecnologías de información, no es la mejor porque producto de la revisión se determinó que, efectivamente, existe un portafolio de proyectos de tecnologías de información a nivel institucional, el cual trata sobre temas específicamente de infraestructura y tecnologías. El encargado de este portafolio es la Gerencia de Infraestructura, sin embargo, este portafolio carece de casos de negocios sólidos, en donde se pueda determinar la importancia y un proyecto asociado a una meta objetivo institucional como tal. Además, no se priorizan los proyectos en materia de tecnologías de información, ni los riesgos asociados a estos proyectos como tal; entonces, la recomendación es poder incorporar todos esos elementos, al portafolio de proyectos de tecnologías de información que maneja la Gerencia de Infraestructura como tal.

Sobre el particular, menciona la señora Presidenta Ejecutiva que en ese caso, un aspecto es el portafolio y la otra es la ficha de cada proyecto. No entiende por qué el proyecto tiene que estar en el portafolio, si está en la ficha.

El ingeniero Cordero responde que en el portafolio se manejan los programas y son la relación entre los proyectos y dentro del alcance de cada proyecto, se debe estar establecido como tal el caso de negocio que soporta ese proyecto, pero durante la revisión de ese portafolio como tal, no se encontró esos casos de negocio de esos proyectos.

Aclara la doctora Rocío Sáenz que lo que está indicando es que en la práctica institucional, no es que esté en el portafolio, es que está en la ficha de cada proyecto.

Al respecto, indica el ingeniero Cordero que es así, pero revisando el portafolio, efectivamente, esa es la práctica institucional, pero el portafolio reúne todos elementos de los proyectos que se manejan; entonces, también debería estar como parte de la documentación de los proyectos en materia de tecnologías de información. Si se revisaron propiamente el detalle individual de cada uno de los proyectos y tiene que estar, efectivamente, el caso de negocio que sustenta ese proyecto.

Indica la doctora Sáenz Madrigal que el hallazgo es que no está basado en la ficha del portafolio.

Responde el ingeniero Fabián Cordero que es correcto, porque el portafolio es como un resumen de ese alcance de proyectos, en materia de tecnologías de información. Como ejemplo, los riesgos asociados a dichos proyectos, la importancia que tiene cada uno de ellos o la prioridad; también se debería ver reflejado en ese portafolio de proyectos institucionales, porque uno los

tiene y otros no. En ese sentido, en la práctica debería ser estándar en ese portafolio que se maneja, en materia de la Gerencia de Infraestructura como tal.

Anota la doctora Sáenz Madrigal que no le queda clara la recomendación, en términos de cuál es la razón de que esté en el portafolio de proyectos.

El ingeniero Cordero responde que, específicamente, son dos: una estandarizar de que unos proyectos si están contenidos en el portafolio de proyectos y otros no. En el portafolio se reflejan todos los proyectos, entonces, si uno los tiene deberían tenerlos los demás, una por estandarización y la otra en el portafolio de proyectos, porque lo que se observa es un resumen general de los proyectos y la documentación y es un aspecto muy importante, son los casos de negocio que soportan esos proyectos.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que los proyectos están en las fichas.

Señala el ingeniero Cordero que es correcto, los proyectos están en las fichas.

El Director Barrantes Muñoz indica que con esos hallazgos que se tienen de las distintas Gerencias, pregunta si se hace conferencia con cada Gerencia sobre los hallazgos y si ya el tema pasó por ese filtro.

Responde el Ing. Cordero que ya pasaron por el filtro, además con el encargado del manejo del portafolio de proyectos de la Gerencia de Infraestructura.

Continúa el ingeniero Cordero y apunta que en el hallazgo dos, se menciona que, en el plan estratégico de tecnologías de información, no se valoran los posibles riesgos. La Institución cuenta con una guía para elaboración de riesgos, denominada Guía Institucional de Valoración de Riesgos, esta guía permite valorar los riesgos para planes estratégicos, lo que son los proyectos y portafolio de proyectos como tal. Actualmente, se encuentra en proceso por lo menos durante el proceso de auditoría, la capacitación para la aplicación de los riesgos a nivel presupuestal. Sin embargo, no se les suministró evidencia de la valoración del riesgo al plan estratégico de tecnologías de información, específicamente, en lo que corresponde a los objetivos correspondientes a la infraestructura y tecnologías de información, y en este caso esta guía institucional de valoración del riesgo. Por otra parte, indica que a nivel de los planes estratégicos se debe tener determinada esa definición de los riesgos, sin embargo, ese plan de tecnologías de información, carece de esa valoración formal de parte de la valoración de riesgos como tal, según lo que menciona esa guía.

La Directora Alfaro Murillo señala que con la presentación de hoy y hace unos días, sobre la situación en tecnologías de información, lo único que queda por indicar es que hay que solicitarle a la Dirección de Tecnologías de Información que se ordenen.

La señora Presidenta Ejecutiva manifiesta su preocupación, porque da la impresión de que el asunto es grave y pregunta por qué se establece como un riesgo medio.

Adiciona la licenciada Alfaro Murillo que si ya el riesgo medio, le causa gran preocupación con el tema de tecnologías de información, en relación con lo sucedido y con los dos eventos que se

presentaron en la Junta Directiva, de manera que el riesgo medio es inaceptable, no es permitido, porque se les indica que todo pasa y de todas formas, trae a colación el argumento y el ejemplo del pentágono. Le indica a la señora Presidenta Ejecutiva que como Miembro de la Junta Directiva, le gustaría que este tema, fuera presentado por los funcionarios de la Dirección de Tecnologías de Información.

Al respecto, indica la doctora Sáenz Madrigal que hay un grupo de la Junta Directiva, que se está reuniendo con el Comité de Riesgos y tienen que presentar informes. Pregunta si doña Mayra está en ese grupo.

La Directora Soto Hernández indica que no son don José Luis Loría y don Rolando Barrantes.

Prosigue el Ing. Cordero y señala que, además, en un hallazgo, se determinaron tres inconsistencias en el proceso de pruebas de restauración de los respaldos. Diariamente, se hacen respaldos de la información que está almacenada en las bases de datos. La restauración de la información como tal se hace por medio de una solicitud del área interesada. La recomendación a la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones es que esa práctica de revisión de la restauración de los respaldos de la información se realice mediante un programa formalmente estructurado con responsables y las pruebas y los resultados de esas pruebas, que se documenten, especialmente, de los sistemas críticos a nivel institucional. Como lo mencionó al inicio, a manera resumen, de las 23 recomendaciones de cartas de gerencia anteriores, diez de esas recomendaciones ya fueron atendidas, lo que corresponde a un 43%, once están en proceso de ser atendidas, lo que corresponde a un 48% y dentro esas recomendaciones, están lo que corresponde a la aprobación de la política de seguridad a nivel institucional, lo que es un estudio de vulnerabilidad de la red, según estudio de penetración que se menciona desde el año 2008, lo relacionado con una política de clasificación de la información como tal, el inventario de licencias que tiene la organización y, también, el estudio de la separación jerárquica de la Subárea de Seguridad de la Información, de la parte de la Gerencia de Tecnologías de Información.

Ante una interrogante del licenciado Barrantes Muñoz indica el ingeniero Cordero que en el informe se detallan cuáles son los hallazgos que están pendientes de resolver y el riesgo, específicamente, de cada hallazgo. Por otra parte, actualmente existe una Subárea de Seguridad de la Información, que depende de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías de la Información y por sanas prácticas no es conveniente, previo estudio, que esa Subárea dependa de la parte operativa que realiza todo el análisis, para evitar que sea juez y parte; por ejemplo, no va a reportar algo al jefe que está malo y que se realizó a nivel operativo.

El Gerente Financiero señala que estas recomendaciones se plantean en el Seguro de Salud, pero se conocen también en la parte de infraestructura como parte de la auditoría. En los acuerdos anteriores, se instruye a las Gerencias a cumplir o a atender las recomendaciones y la Gerencia Financiera, queda como la encargada de consolidar el informe. Le parece que por los alcances y lo que se plantea, pudiera ser pertinente, si la Junta Directiva lo determina bien, que las respectivas Gerencias, puedan presentar un informe de las atenciones y el dimensionamiento del tema, por los asuntos que se han tratado. En muchas áreas hay un avance, algunos un poco más extensos que otros, pero para que se pueda complementar la visión de la Junta Directiva.

Sugiere la señora Presidenta Ejecutiva que, además, la administración en función de estas recomendaciones, presente una propuesta para que se gestione una auditoría informática especializada. Reitera, que hay que valorar ese tema y solicita que se presente un informe a la brevedad y no a los seis meses. Pregunta a don Gustavo Picado que si en un mes es posible.

Señala el Lic. Picado Chacón que él se comunicará con la Arq. Murillo Jenkins para que, en un mes, se presente el informe, las recomendaciones y la propuesta, para la contratación de una auditoría informática especializada.

Por su parte, al Director Alvarado Rivera le parece que mediante un acuerdo, se instruya para que se atiendan todas las recomendaciones.

El Lic. Picado Chacón señala que en el acuerdo segundo está incluida esa instrucción, en términos de que se atienda la recomendación.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GF-13.771-15, del 5 de junio del año en curso, que firma el señor Gerente Financiero y, en lo pertinente, literalmente se lee en estos términos:

“I ANTECEDENTES

La Contraloría General de la República en el Informe DFOE-SOC-35-2008 en la disposición 4.1. acápite a) dispuso que se defina e implemente una estrategia y mecanismos oportunos para que la Junta Directiva conozca, analice y apruebe los Estados Financieros de cierre del ejercicio anual preparados por la Gerencia Financiera y los Auditados.

La Junta Directiva en el artículo 2 de la sesión N 8288 celebrada el 2 de octubre del 2008, Acuerdo Primero: Lineamientos sobre la presentación y aprobación de Estados Financieros, acordó que los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud serán conocidos por dicho Órgano Colegiado.

En el artículo 23 de la Sesión 8425, del 25 de febrero del 2010, la Junta Directiva acuerda en lo referente a la aprobación de los Estados Financieros Auditados para se lea de la siguiente manera:

“La Junta Directiva recibirá y aprobará los Estados Financieros Auditados de los Seguros de Salud (SEM), Pensiones (IVM) y Régimen No Contributivo (RNC)...”.

II DICTAMEN TECNICO

Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre 2014.

III DICTAMEN LEGAL

Artículo 14 inciso g) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 12 de la Ley General de Control Interno N° 8292 sobre deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno, el inciso c) indica: “c. analizar e implantar

de inmediato las observaciones, recomendaciones y disposiciones formuladas por la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan

Informe DFOE-SOC-35-2008 del 11 de setiembre del 2008, de la Contraloría General de la República.

IV CONCLUSIONES

De acuerdo con la opinión calificada de la Auditoría Externa, los Estados Financieros se presentan de forma razonable, en todos los aspectos significativos, la situación financiera de la Caja Costarricense de Seguro Social - Seguro de Salud, al 31 de diciembre del 2014 y 2013, los resultados de sus operaciones, los flujos de efectivo y las variaciones en el patrimonio por los años terminados en esas fechas, de conformidad con las bases contables.

V RECOMENDACIÓN

Se recomienda la recepción y aprobación de los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre del 2014 por parte de la Junta Directiva ...”,

una vez realizada la presentación por parte del Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos (Auditoría Externa), en cuanto a los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud por el período terminado al 31 de diciembre del año 2014, de conformidad con la recomendación de la Gerencia Financiera visible en el citado oficio número GF-13771, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: dar por recibidos y aprobados los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre del año 2014, según los términos del documento que queda constanding en la correspondencia del acta de esta sesión.

ACUERDO SEGUNDO: se instruye a las Gerencias para que cada una, en el ámbito de sus competencias, atiendan las recomendaciones contenidas en los informes complementarios (Cartas de Gerencia) correspondientes al SEM (Seguro de Salud), de manera que se cumplan oportunamente los aspectos señalados en materia de control interno y otros. Queda encomendada la Gerencia Financiera para consolidar los informes de las acciones que cada Gerencia ejecute para atender lo correspondiente.

ACUERDO TERCERO: habiéndose presentado, por parte del Despacho Carvajal y Colegiados Contadores Públicos (Auditoría Externa), el informe en cuanto a los Estados Financieros Auditados del Seguro de Salud por el período terminado al 31 de diciembre del año 2014 y, en particular, el *Informe de Auditoría Tecnologías de la Información 2014 Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM)*, en función de las recomendaciones ahí contenidas y con base en lo deliberado, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías que, con la mayor brevedad posible y en un plazo no mayor a un mes, presente una propuesta para la contratación de una auditoría informática especializada.

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

El licenciado Montoya Murillo se retira del salón de sesiones.

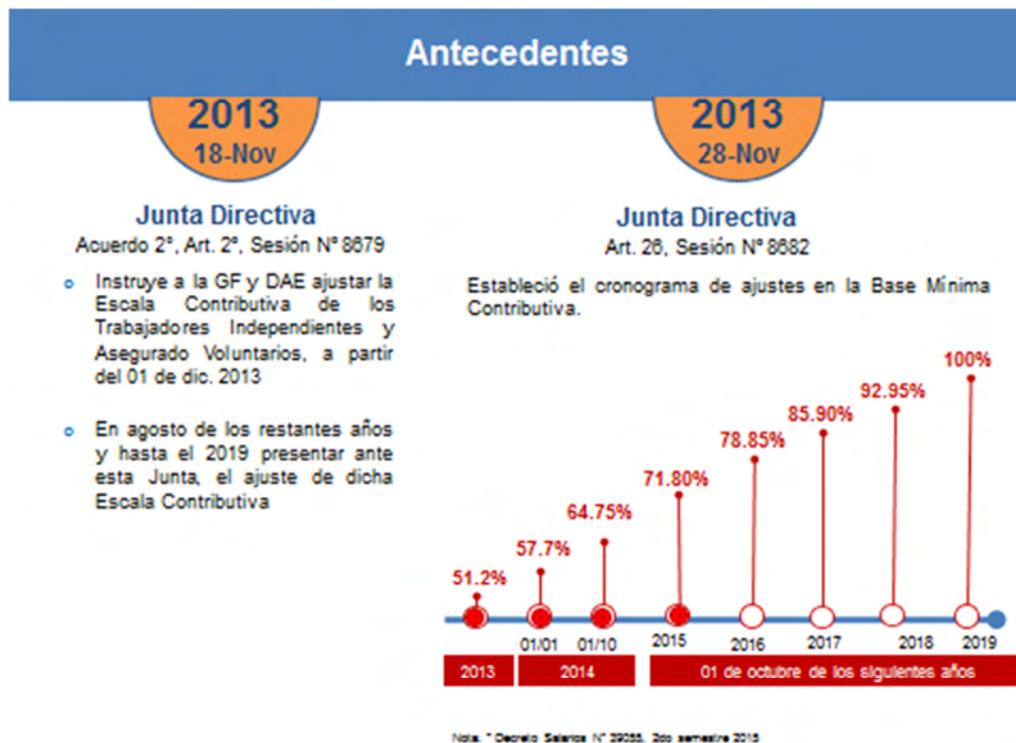
ARTICULO 17°

Se presenta el oficio N° GF-40.251-15 DAE-746-15, del 10 de setiembre del año 2015, que firma el Gerente Financiero, que contiene la propuesta e ajuste de escala contributiva para Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente a partir del 1° de octubre del año 2015 y hasta el 30 de setiembre del año 2016.

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

- I) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Financiera
Dirección Actuarial y Económica
Equiparación de la Base Mínima Contributiva de los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, octubre 2015 – setiembre 2016
GF-40.251-15 /DAE-746-15
Setiembre 2015.

II)



III)

Ley Constitutiva de la CCSS, artículo 3°

"... La Junta Directiva fijará la fecha en que entrará en vigencia el Seguro Social de los trabajadores independientes y las condiciones de este seguro; sin embargo, todos aquellos trabajadores independientes que en forma voluntaria desearan asegurarse antes de entrar en vigencia el Seguro Social en forma general para ese sector, podrán hacerlo mediante la solicitud correspondiente a la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual, para tales efectos dictará la reglamentación pertinente. Los trabajadores independientes estarán exentos de pago de la cuota patronal".

IV)

Reglamento del Seguro de Salud, Artículo 62°, numeral 3 y 5

"Artículo 62.—De las contribuciones. Las contribuciones al Seguro de Salud, serán las siguientes:

(...)

3. Asegurados voluntarios. **La contribución que corresponde al asegurado voluntario estará determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva** por recomendación de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumido por el Estado como cuota complementaria. Asimismo y en forma adicional, el Estado deberá aportar el 0,25% sobre la masa cotizante de este grupo.
(...)

5. Trabajadores independientes. **La contribución que corresponde al trabajador independiente estará determinada por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva** con base en la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, será asumido por el Estado como cuota complementaria. Asimismo y en forma adicional el Estado deberá aportar el 0,25 % sobre la masa cotizante de los trabajadores independientes".

V)

Reglamento del Seguro de Salud,
Artículo 63

"De la cotización mínima. El monto del salario o ingreso que se anota en la planilla no podrá ser inferior al ingreso de referencia mínimo considerado en la escala contributiva de los Trabajadores Independientes afiliados individualmente.

Conforme se establezcan modificaciones en dicha escala, se realizarán los aumentos en las cotizaciones, previa comunicación a los patronos y a los trabajadores, por los medios de comunicación más convenientes".

Reglamento del Seguro de IVM,
Artículo 34

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

VI)

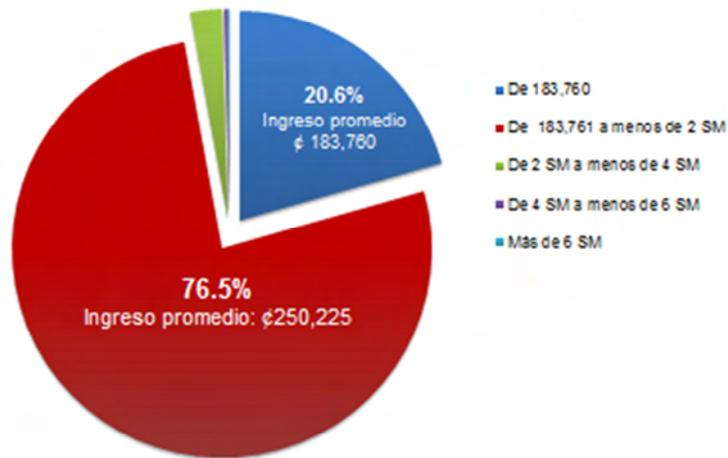
Escala Contributiva vigente al 30 de setiembre 2015

Rango de ingreso	Contribución porcentual					
	Seguro de Salud			Seguro de IVM		
	Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
BMC	3.58	8.44	12.00	3.96	3.96	7.92
Más de BMC a menos de 2 SM	5.35	6.65	12.00	5.52	2.40	7.92
De 2 SM a menos de 4 SM	6.24	5.76	12.00	6.04	1.88	7.92
De 4 SM a menos de 6 SM	8.02	3.98	12.00	6.49	1.43	7.92
Más de 6 SM	10.69	1.31	12.00	6.93	0.99	7.92

VII)

El 97% de los afiliados independientes y voluntarios se concentra en las dos primeras categorías de ingreso

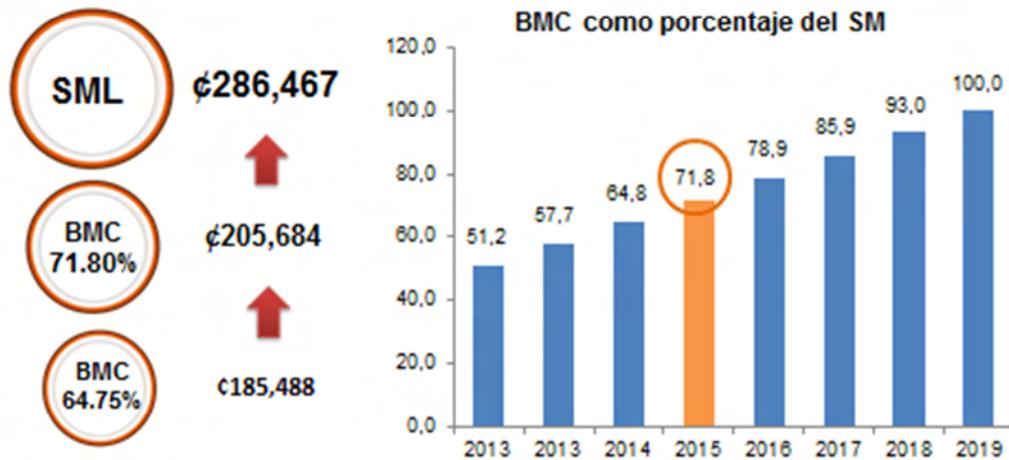
Distribución porcentual de asegurados voluntarios y trabajadores independientes, según categoría de ingreso, a junio de 2015



Fuente: Dirección Actuarial y Económica

VIII)

Ajuste gradual a la Base Mínima Contributiva 2013 - 2019



Artículo 26º, de Sesión N° 8682, celebrada el 28/11/2013

IX)

Escala contributiva propuesta del 01-10-2015 al 30/09/2016

Rango de ingreso	Contribución porcentual					
	Seguro de Salud			Seguro de IVM		
	Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
BMC	3.66	8.66	12.00	3.60	8.98	7.92
Más de BMC a menos de 2 SM	5.18	6.82	12.00	5.02	2.90	7.92
De 2 SM a menos de 4 SM	6.24	5.76	12.00	6.04	1.88	7.92
De 4 SM a menos de 6 SM	8.02	3.98	12.00	6.49	1.43	7.92
Más de 6 SM	10.69	1.31	12.00	6.93	0.99	7.92

X)

Ejemplos individuales del efecto del ajuste de BMC

Contribución del afiliado				Contribución del Estado			
Actual	Propuesta	Aumento		Actual	Propuesta	Aumento	
		Absoluto	%			Absoluto	%
13.949	14.501	552	3,96	24.54	28.179	3.639	14,83
20.163	20.988	823	4,08	18.328	21.894	3.368	18,38
70.357	70.357	-	0,00	48.528	48.528	-	0,00
166.266	166.266	-	0,00	71.502	71.502	-	0,00
302.853	302.853	-	0,00	53.799	53.799	-	0,00

XI) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

XII) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

En atención a lo dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 2° de la sesión N° 8679, celebrada por la Junta Directiva el 18 de noviembre del 2013 y en el artículo 26° de la sesión número 8682, celebrada el 28 de noviembre del 2013 y de conformidad con la presentación efectuada por el Lic. Gustavo Picado Chacón en su calidad de Gerente Financiero, y el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial, así como la información contenida en el oficio conjunto de la Gerencia Financiera y la Dirección Actuarial y Económica N° GF-40.251-15 DAE-746-15 de fecha 10 de setiembre de 2015, suscrito por el Lic. Picado Chacón y el Lic. López Vargas, la Junta Directiva acuerda:

XIII)

Propuesta Acuerdo Junta Directiva

ACUERDO PRIMERO: Establecer la siguiente escala contributiva para los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente. Esta rige a partir del 01 de octubre del 2015 y hasta el 30 de setiembre del 2016.

Categoría	Nivel de Ingreso	Contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM		
		Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
1	De 0.7180 SM	3.45	8.55	12.00	3.60	4.32	7.92
2	Más de 0.7180 SM a menos de 2 SM	5.18	6.82	12.00	5.02	2.90	7.92
3	De 2 SM a menos de 4 SM	6.24	5.76	12.00	6.04	1.88	7.92
4	De 4 SM a menos de 6 SM	8.02	3.98	12.00	6.49	1.43	7.92
5	De 6 SM y más	10.69	1.31	12.00	6.93	0.99	7.92

Notas:

- (1) Adicionalmente la contribución del Estado como tal es de 0.25% en el Seguro de Salud y 0.58% Seguro de IVM.
 (2) SM corresponde al salario mínimo legal del trabajador no calificado genérico, decretado por el Poder Ejecutivo y vigente en cada momento.
 (3) La primera categoría es exclusivamente para trabajadores independientes y asegurados voluntarios de muy escasa capacidad contributiva.

XIV)

Propuesta Acuerdo Junta Directiva

ACUERDO SEGUNDO: Incrementar los ingresos de referencia de las categorías 1 y 2 de la escala contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, al 30 de Setiembre del 2015, en el porcentaje de aumento de la Base Mínima Contributiva inmediatamente anterior.

ACUERDO TERCERO: Para aquellos casos en los que la aplicación de dicho aumento implique el traslado del afiliado a una categoría superior a la que se ubica con antelación al ajuste, el ingreso de referencia deberá ubicarse en el nuevo límite superior de la categoría a la que pertenece.

ACUERDO CUARTO: Incrementar la Base Mínima Contributiva, los ingresos de referencia y los límites inferiores y superiores de todas las categorías de ingreso de la escala contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, cada vez que varíe el Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico. El incremento señalado deberá corresponder al mismo porcentaje de aumento del Salario Mínimo Legal No Calificado Genérico que se establezca mediante Decreto Ejecutivo, en relación con el Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico inmediatamente anterior.

ACUERDO QUINTO: Instruir a la Gerencia Financiera y la Dirección Actuarial y Económica, elaborar un estudio exhaustivo sobre el impacto y efectos generados por el incremento progresivo de la Base Mínima Contributiva del Seguro de Salud y el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

El Gerente Financiero refiere que la proyección, es en el sentido de que la base mínima contributiva, en algún momento se llegue a equiparar, con el salario mínimo legal de trabajo no calificado. Sobre el tema hay diferentes acuerdos en distintos momentos, respecto de esa equiparación y lo que se plantó en términos gráficos, es que al año 2013, la Base Mínima Contributiva fuera al menos el 51.2% del salario mínimo legal. En el año 2014, se produjeron dos ajustes para alcanzar hasta el 64.65% y en el año 2015, se propondrá un para que se alcance un 71.80% del salario mínimo legal, más en los años que siguen, se producirían cuatro ajustes y son los que faltan para que en el año 2019, se logre alcanzar la Base Mínima Contributiva y sea, exactamente igual a un salario mínimo legal de trabajo no calificado. Entonces, se estaría en esa posición que debería empezar a regir del 01 de octubre de este año, que fue así como se definió en el acuerdo de la Junta Directiva en el año 2013. El tema de la Base Mínima Contributiva está establecido, en el artículo 3° de la Ley Constitutiva de la Caja y, también, está expresado en normas del Reglamento del Seguro de Salud en diferentes artículos, así como en el Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM). Ese tema se ha explicado en algún momento, en términos de que la Base Mínima Contributiva para el caso del IVM, en términos prácticos, lo que hace es que todo aquel salario que esté reportado, es permitido cualquier salario que esté por debajo de la Base Mínima Contributiva, pero en el momento que el sistema le dé información, las cotizaciones se calculan sobre la Base Mínima y debe estar en alrededor de ciento ochenta y tres mil quinientos colones y se puede reportar veinte mil colones, pero el sistema va a afectar ciento ochenta y tres mil quinientos colones, para los Seguros de Salud y para el Seguro del IVM, pero para lo que son las operadoras de pensiones, ninguna persona más va sobre el salario reportado. En un gráfico se explica que para el IVM, el principio ha sido que si no se tiene una Base Mínima Contributiva, las personas tienen derecho a una pensión mínima, hoy está establecida en alrededor de ciento treinta mil colones y lo que se busca, fundamentalmente, es que la Base Mínima Contributiva, tenga consistencia con la pensión mínima y que se busque consistencia entre el aporte y el beneficio, sino van a tener personas reportando diez mil colones y en la pensión van a percibir alrededor de ciento treinta mil colones. Ahora, lo que se tienen son personas que como mínimo, deberían de reportar ciento ochenta y cinco mil cuatrocientos

colones y siempre va a recibir una pensión de ciento treinta mil colones. En el año 2019 tendrán un salario mínimo legal, comparado con una pensión mínima de una relación de más proporción. Para el Régimen de Salud, el concepto es similar o, conceptualmente, lo mismo solo que tiene una interpretación un poco distinta, pero para ambos seguros se aplica la Base Mínima Contributiva. Cuando son trabajadores independientes se utiliza una escala de cinco millones de colones de ingresos, donde el primer valor es la Base Mínima Contributiva, correspondiente al primer estrato; después, va de la Base Mínima Contributiva, dos salarios mínimos de un salario mínimo legal de dos a cuatro, en el segundo estrato y de cuatro a seis y de seis en adelante, en el tercer estrato ya son ingresos para trabajadores independientes y voluntarios, de un millón seiscientos mil en adelante y lo que se ha estilado, es un subsidio de parte del Estado a la contribución. Hoy en día se contribuye de manera conjunta entre el afiliado y el Estado aporta el 12% para salud y para IVM el 7.92%. En los cinco niveles de ingresos opera el 12% solo que con proporciones de subsidio del Estado diferentes, para el de seis salarios o más, el Estado nada más le subsidia el 1.31% del 2% y el otro 10.69% lo tiene que aportar el afiliado. Para IVM la tasa global es de un 7.92% y tiene mucho más porcentaje de subsidio, en las primeras categorías y menos en la última y ese aspecto, hace que las personas coticen sobre el millón seiscientos mil colones, pero que realmente tenga que pagar cuotas bastante elevadas.

Ante una consulta del Director Loría Chaves, señala el Lic. Gustavo Picado que para el esquema de trabajadores independientes, siempre se pensó en lo que se denomina la cuota complementaria del Estado, pero para niveles de ingresos muy elevados, el apoyo del Estado es mucho menor y el monto se vuelve bastante elevado y termina pagando más que un trabajador asalariado, porque aporta un 5.50%.

Pregunta el señor Loría Chaves del por qué no se equipara la cotización de un trabajador asalariado.

Responde el licenciado Gustavo Picado que al final se está solicitando y se puede aprobar en este ajuste de octubre próximo, que se les otorgue un espacio para volver a revisar la situación. El Ministerio de Hacienda ha indicado que no corresponde a esa Institución, por un tema de progresividad tributaria, está subsidiando a la personas de más altos ingresos, pero ha sido una posición más del Ministerio de Hacienda. La Caja comparte que realmente el subsidio en esos niveles de ingresos, debe ser más elevado para abaratar el costo del seguro, pero el Ministerio de Hacienda que es una contraparte, ha pensado que subsidiar más, es hacerlo con las personas de ingresos más elevados. Incluso, en las tablas anteriores el subsidio era de un 12% completo para el asegurado, el Estado no aportaba, pero lo que se está proponiendo es un espacio de cuatro meses, para analizar los efectos que ha tenido la Base Mínima Contributiva.

Señala don José Luis Loría que entiende que lo que son intercambios de datos, la cuota patronal y la cuota obrera están asociados al afiliado, pero cree que el tema hay que revisarlo.

La señora Presidenta Ejecutiva le indica a don José Luis Loría, que ese es un tema que se ha estado analizando con los Gerentes es, precisamente, por esa preocupación, pero es lo que está aprobado. Entonces, el tema es como reconociendo esa preocupación, se elabora una propuesta, porque se relaciona con una modificación más integral, a la ruta que planteó al inicio don Gustavo Picado. Concuerdia en que se tendría que revisar ese tema.

Señala el Director Loría Chaves que, posiblemente, los trabajadores independientes que reporten más de diez salarios, sea un porcentaje muy bajo. Entonces, si se les disminuye la cotización, eventualmente, no va a producir impacto significativo.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y manifiestas su preocupación, porque el sistema está hecho para que las personas no coticen como tienen que cotizar.

Continúa el Lic. Picado Chacón con la presentación y anota que de acuerdo, con la clasificación de cómo se distribuyen los porcentajes, entre la Base Mínima Contributiva de ciento ochenta y tres mil colones, setecientos sesenta mil colones y dos salarios mínimos, está concentrado el 97% de los aportes registrados, incluidos los trabajadores independientes, voluntarios y convenios.

Pregunta la doctora Sáenz Madrigal que el valor que contiene el 7% tiene más de cuatro salarios.

Responde don Gustavo Picado que más de dos salarios y por la composición de los estratos, son dos salarios hasta seis, luego, tres salarios que quedan apenas el 3% es ese. Evidentemente, conforme aumenta el nivel de ingreso, cada vez hay menos personas.

A propósito de una consulta de doña Rocío Sáenz, indica el Gerente Financiero que, efectivamente, el impacto se produce sobre los grupos que tienen, dos salarios mínimos hacia la base mínima y recuerda que lo que se está planteando, es en el sentido de que se establezca la Base Mínima Contributiva en un 71.8% y, después, se elevaría a doscientos cinco mil colones, después a trescientos ochenta y cuatro mil colones, es decir, se va a producir un aumento en veinte mil colones a la Base Mínima Contributiva de aprobarse el ajuste que se está proponiendo y que quedaría con ochenta mil colones del salario mínimo legal, que es el objetivo. En el mes de noviembre del año 2012, la Base Mínima Contributiva se estableció en ciento un mil colones, hoy tres años después, se está duplicando el monto y ha producido un impacto significativo, porque en algún momento, el aumento que se había propuesto principios de este siglo y en un proceso de diez años, no se ejecutó y esta vez se tuvo que implementar.

Interviene el Director Loría Chaves e indica que ese aspecto es muy importante, porque la Junta Directiva tomó el acuerdo que no tomaron las dos Juntas Directivas anteriores, entonces, se tenía una Base Mínima Contributiva en el año 2010, de ciento un mil colones y una empleada doméstica ganaba ciento sesenta mil.

El Director Barrantes Muñoz indica que volviendo al tema de los trabajadores independientes, recuerda que hace un tiempo se tuvo una discusión sobre el punto, en función de lo que dispone el artículo 3º de la Ley Constitutiva de la Caja, cuando establece que los trabajadores independientes, estarán exentos del pago de la cuota patronal, porque en el momento de hacer el cálculo, se cuantificaba esa estructura. Entonces, se asimila y va más bien por encima del propio costo que tiene la contribución del trabajador asalariado, incluyendo la cuota patronal. De manera que en este caso, para aquellos trabajadores que son considerados fuera del rango de subsidio, para su criterio es sencillamente imposible, en muchos casos de poder sostener una contribución de esa naturaleza para la Seguridad Social.

Al respecto, señala el licenciado Picado Chacón que analizando la cotización en el extremo, pero cuando se suma un 3.56% con un 4.96% el resultado es muy parecido, a lo que un asalariado aporta para ambos seguros, incluso, el menor porque está aportando un 3.56% y un 7.52% y un asalariado aporta un 5.50% para el Régimen de Salud y un 9.25% lo aporta el patrono. El trabajador aporta un 8.17% entre los dos seguros y en la primera categoría, el trabajador independiente no alcanza aportar ese porcentaje. Lo que plantea don Rolando Barrantes tiene consistencia, lo que habría que buscar es un esquema y además el aumento de la Base Mínima Contributiva tiene poco impacto desde el punto de vista fiscal, de donde cada uno en la lógica que planteaba don Rolando no supere el 8.17% más el Banco Popular, porque esa es una de las posibilidades que se podrían estudiar. Lo que se ha hecho en este caso, es proponer un aumento hacia un aporte de doscientos cinco mil seiscientos ochenta y cuatro colones y para atenuar el impacto que se produce sobre el afiliado, lo que se propone es que la empleada doméstica no aporte el 3.56% sino que, ahora, aporte un 3.45%, lo que se ha venido haciendo para bajar el peso sobre el afiliado, es disminuir el porcentaje de él y trasladárselo al Estado, porque ha venido cumpliendo de manera oportuna el pago de lo que le corresponde y aquí que se tenía un 3.92%, pasa a ser un 3.60% y, entonces, el aumento del monto se atenúa con la disminución de la contribución de cada uno de ellos y, en este caso, lo que se está proponiendo, es que el aumento sea solamente para la primera y segunda categoría, que es donde está ubicada la mayoría de los trabajadores independientes y se estaría dejando este caso, el tercer, cuarto y quinto, incluso, por la discusión que se tiene sin variación, en materia del aumento de la Base Mínima Contributiva.

Sobre el particular, señala la señora Presidenta Ejecutiva que el parece bien y es una opción, que no se aumentaría la Base Mínima Contributiva en esas categoría, pero siempre va a requerir que se realice el estudio que se planteó.

En cuanto a una pregunta del señor Loría Chaves, señala el Gerente Financiero que quedaría la Base Mínima Contributiva en doscientos cinco mil seiscientos ochenta y cuatro colones, es la contribución del trabajador independiente que paga menos de ese monto, porque si paga el nivel comparativo hoy paga trece mil novecientos cuarenta y nueve colones y va a pagar a partir del 01 de octubre de este año, un monto de catorce mil quinientos un colón, significa un aumento en la contribución de quinientos veintidós colones por afiliado.

En relación con una inquietud del Director Loría Chaves, señala el Gerente Financiero que el impacto que se produce en la Institución, es de alrededor de cinco mil millones de colones, en la combinación que se hace, es decir, los trabajadores independientes aportan y el Estado también, porque el trabajador independiente cotiza con quinientos veintidós colones más, pero el Estado tiene que aportar tres mil setecientos colones adicionales. Además, es interesante que la Base Mínima Contributiva cuando se aumenta, no solo afecta al trabajador independiente, voluntario y convenio, sino el monto de asegurar por cuenta del Estado, porque está basado en la Base Mínima Contributiva, pero también afecta a las empresas y a los patronos privados, porque le rige la Base Mínima Contributiva. Entonces, un trabajador en ese estrato va a pagar quinientos veintidós colones más, que es donde están los convenios de pequeños y medianos agricultores, porque son los grupos que, normalmente, están atentos a esos ajustes. Repite, al Estado le corresponde el pago de tres mil setecientos millones de colones más, por cada trabajador y en el segundo estrato son ochocientos veintitrés colones. En las demás categorías, como se está produciendo una variación; entonces, los que están aportando más son el tercero, cuarto y quinto estrato.

Solicita la doctora Rocío Sáenz que se presente la propuesta de acuerdo.

El Lic. Picado Chacón indica que la propuesta de acuerdo, es en el sentido de que con base en los criterios, lo que está proponiendo es el aumento de la Base Mínima Contributiva a los doscientos cinco mil ochocientos cuarenta y dos colones y lo que se aprueba, es la base y el nivel de ingreso de un 71.80% del salario mínimo legal, que es la Base Mínima Contributiva y las tablas que regirían según lo que se ha planteado. Después hay unos acuerdos complementarios. Se incrementan los ingresos de referencia a las categorías uno y dos de la Escala Contributiva de las que están al 30 de setiembre de este año, en el porcentaje de aumento de la Base Mínima Contributiva. Todos los trabajadores independientes con la Base Mínima Contributiva hoy, están establecida en ciento ochenta y tres mil cuatrocientos cincuenta colones y cuando se aumenta, tiene que aumentarles a los trabajadores independientes en la misma proporción, para que queden a la par de la base. Es lo que se indica, para aquellos casos en los que la aplicación de dicho aumento, implique el traslado del afiliado a una categoría superior, lo que se debe dar es que se mantenga siempre en ese nivel, es decir, que si está en la segunda categoría y se salta a la tercera, porque estaba en el margen, que se vuelva a mantener la segunda, porque si no va a tener que ir a la tercera y tendrá un menor subsidio y tiene que contribuir más y es lo que se evita con este acuerdo. Otro acuerdo que se ha venido reiterando, es en los meses de enero y junio de cada año, para mantener el 71.8% conforme se aumenta el salario mínimo legal, por ejemplo, este año se produjo un incremento del 2%, lo que mueva a la Base Mínima Contributiva en un 2%, para que no se pierda la relación. Por otro lado, instruir a la Gerencia Financiera y a la Dirección Actuarial, para elaborar un estudio exhaustivo sobre el impacto que se produce y los efectos generados, por el incremento progresivo de la Base Mínima Contributiva de los Seguros de Salud y el de Invalidez, Vejez y Muerte, en un plazo de cuatro meses.

El licenciado Barrantes Muñoz solicita dejar constando en actas lo que indica el artículo 22° de la Ley Constitutiva de la Caja, la cual establece que: *“los ingresos del seguro social que correspondan a los trabajadores independientes o no asalariados, se obtendrán mediante el sistema de cuotas establecidos en el artículo 3° de esta Ley, el cual establece que los trabajadores independientes entre otros aspectos, estarán exentos del pago de la cuota patronal, para efectos que se hagan los ajustes correspondientes y los estudios.*

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que ese es un tema conceptual, cuando se indicó que no se incluya el aporte patronal, porque se entendía que no estaba en una relación de trabajo. Se puede entender en ese sentido y lo otro, se puede comprender que no se le cobre el 9.25% al patrono.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° GF-40.251-15 DAE-746-15, de fecha 10 de setiembre del presente año, firmado por el señor Gerente Financiero y el Director de la Dirección Actuarial y Economía que, en adelante se transcribe, en lo pertinente y contiene la propuesta de ajuste de la escala contributiva para Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente:

“La Gerencia Financiera, conjuntamente con la Dirección Actuarial y Económica, proceden a atender los acuerdos contenidos en el artículo 2° de la sesión N° 8679 y en el artículo 26° de la sesión número 8682, celebradas por la Junta Directiva el 18 de noviembre del 2013 y el 28 de noviembre del 2013, sobre el ajuste anual de la Base Mínima Contributiva para lograr su

equiparación a un 100% del Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico, al año 2019.

En respuesta a lo instruido por la Junta Directiva y de conformidad con el análisis conjunto realizado por ambas dependencias, se presenta la propuesta de ajuste de la Base Mínima Contributiva correspondiente al período comprendido entre el 01 de octubre de 2015 y el 30 de setiembre de 2016.

I. ANTECEDENTES

- En el artículo 2° de la sesión N° 8679, celebrada por la Junta Directiva el 18 de noviembre del 2013, se establece lo siguiente:

"2. Encargar a la Gerencia Financiera para que, en coordinación con la Dirección Actuarial y Económica, presenten, en un plazo máximo de ocho días, el ajuste en la Escala Contributiva de los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, acorde con la Base Mínima Contributiva establecida a partir del 01 de diciembre del año 2013. Asimismo, en el mes de agosto de los restantes años y hasta el 2019, la Gerencia Financiera, en coordinación con la Dirección Actuarial, deberá presentar a Junta Directiva el ajuste en la Escala Contributiva de los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, acorde con la Base Mínima Contributiva establecida para los restantes años y hasta el año 2019".

- En el artículo 26°, de la sesión número 8682, celebrada el 28 de noviembre del 2013, la Junta Directiva de la Institución, estableció el siguiente cronograma de ajuste en la base mínima contributiva:

Fecha de ajuste	Relación % BMC / SML
01 de Enero del 2014	57.70%
01 de Octubre del 2014	64.75%
01 de Octubre del 2015	71.80%
01 de Octubre del 2016	78.85%
01 de Octubre del 2017	85.90%
01 de Octubre del 2018	92.95%
01 de Octubre del 2019	100.00%

Donde: BMC es la Base Mínima Contributiva y SML es el Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico, vigente en todo momento.

II. DICTAMEN TÉCNICO

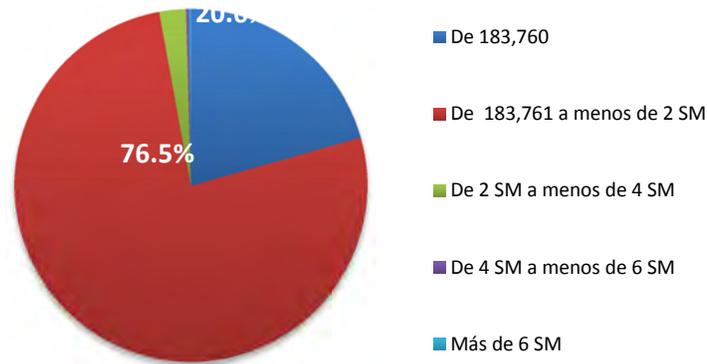
Se tiene a la vista el oficio de la Dirección Actuarial y Económica N° DAE-739-15 de fecha 09 de setiembre de 2015, el cual contiene entre otros, un resumen de la situación actual, así como de los principales elementos e impactos individuales para los trabajadores y el Estado y efecto global por seguro.

Seguidamente se destacan los principales aspectos señalados desde el punto de vista técnico, en relación con la propuesta bajo análisis.

1. Caracterización de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios

La población de asegurados voluntarios y trabajadores independientes supera los 400 mil afiliados. De conformidad con la facturación del mes de junio de 2015 y tal como se muestra en el gráfico N°1, esta población se concentra en un 97% en las primeras dos categorías de ingreso, es decir, que la gran parte de afiliados bajo esta modalidad registra ingresos mensuales menores a los ¢567,598.

Gráfico N°1. Distribución porcentual de asegurados voluntarios y trabajadores independientes, según categoría de ingreso, al mes de junio de 2015



Fuente: Dirección Actuarial y Económica

En cuanto al 3% restante, que se distribuye entre las categorías de ingreso 3, 4 y 5, se tiene que se conforma por 12,845 afiliados en el Seguro de Salud, de los cuales 10,823 (84%) se ubican en la tercera categoría y presentan ingresos promedio entre los ¢779,146 mensuales.

Tabla N°1. Trabajadores independientes y asegurados voluntarios e ingreso promedio, según seguro y categoría de ingreso, al mes de Junio de 2015

Categoría	Seguro de Salud		Seguro de IVM	
	Afiliados	Ingreso promedio	Afiliados	Ingreso promedio
De 64.75% SM (BMC)	91,432	165,916	78,288	161,042
Más de BMC a menos de 2 SM	339,882	250,225	268,935	255,018
De 2 SM a menos de 4 SM	10,823	779,146	8,201	773,223
De 4 SM a menos de 6 SM	1,407	1,342,685	861	1,324,560
Más de 6 SM	615	2,372,169	400	2,462,730
Total	444,159	252,157	356,685	251,364

Fuente: Dirección Actuarial y Económica.

Actualmente, la escala contributiva vigente se ubica en los siguientes niveles de ingreso y contribución.

Tabla N°2. Escala contributiva vigente hasta el 30 de setiembre de 2015

Categoría	Contribución porcentual					
	Seguro de Salud			Seguro de IVM		
	Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
De 64.75% SM (BMC)	3,56%	8,44%	12.00%	3,96%	3,96%	7,92%
Más de BMC a menos de 2 SM	5,35%	6,65%	12.00%	5,52%	2,4%	7,92%
De 2 SM a menos de 4 SM	6,24%	5,76%	12.00%	6,04%	1,88%	7,92%
De 4 SM a menos de 6 SM	8,02%	3,98%	12.00%	6,49%	1,43%	7,92%
Más de 6 SM	10,69%	1,31%	12.00%	6,93%	0,99%	7,92%

De conformidad con lo anterior, en el siguiente ejercicio se reflejan contribuciones individuales al Seguro de Salud y al Seguro de IVM, de conformidad con la escala vigente y asumiendo que los afiliados tienden a concentrarse en los límites inferiores de cada categoría. De esta forma, las contribuciones de los trabajadores se ubican entre los ¢13,949 y los ¢302,853 mensuales (considerando ambos seguros); mientras que los aportes complementarios del Estado reflejan cuantías desde los ¢24,540 hasta los ¢53,799.

Tabla N°3. Ejemplos de aportes individuales del trabajador y del Estado, según seguro y categoría de ingreso de la escala contributiva vigente a setiembre de 2015

Ingreso	Seguro de Salud		Seguro de IVM		Ambos seguros	
	Afiliado	Estado	Afiliado	Estado	Afiliado	Estado
¢185,488	6,603	16,119	7,345	8,421	13,949	24,540
¢185,489	9,924	12,799	10,239	5,528	20,163	18,326
¢572,936	35,751	34,433	34,605	14,094	70,357	48,528
¢1,185,870	91,899	48,470	74,367	23,032	166,266	71,502
¢1,718,805	183,740	26,813	119,113	26,985	302,853	53,799

Fuente: Dirección Actuarial

2. Propuesta de ajuste

Con base en los acuerdos de Junta Directiva señalados, se propone ajustar la Base Mínima Contributiva de manera que esta sea equivalente a un 71.80% del Salario Mínimo Legal del Trabajador no Calificado Genérico, así como ajustar los porcentajes de contribución de las categorías 1 y 2 con el fin de no trasladar la totalidad del ajuste al trabajador, siendo que el ingreso de referencia de todas las categorías continuará su aumento semestralmente, de conformidad con los ajustes salariales que decreta el Poder Ejecutivo; quedando tal como se muestra a continuación.

Tabla N°4. Escala contributiva propuesta

Categoría	Nivel de ingreso	Porcentajes de contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM		
		Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
1	De 0.7180 SM	3.45	8.55	12.00	3.60	4.32	7.92
2	Más de 0.7180 SM a menos de 2 SM	5.18	6.82	12.00	5.02	2.90	7.92
3	De 2 SM a menos de 4 SM	6.24	5.76	12.00	6.04	1.88	7.92
4	De 4 SM a menos de 6 SM	8.02	3.98	12.00	6.49	1.43	7.92
5	De 6 SM y más	10.69	1.31	12.00	6.93	0.99	7.92

La propuesta implicaría pasar de una Base Mínima Contributiva de ¢185,488 equivalente a 64.75% del Salario Mínimo del Trabajador No Calificado Genérico (actualmente den ¢286,467.86) a una de ¢205,684 (71.80% del SM). Los resultados comparativos de casos o ejemplos individuales, se reflejan en la tabla siguiente.

Tabla N°5. Estimación de aumento en contribuciones individuales con motivo de la propuesta de ajuste de la escala contributiva. En colones

Contribución del afiliado				Contribución del Estado			
Actual	Propuesta	Aumento		Actual	Propuesta	Aumento	
		Absoluto	%			Absoluto	%
13.949	14.501	552	3,96	24.54	28.179	3.639	14,83
20.163	20.986	823	4,08	18.326	21.694	3.368	18,38
70.357	70.357	-	0,00	48.528	48.528	-	0,00
166.266	166.266	-	0,00	71.502	71.502	-	0,00
302.853	302.853	-	0,00	53.799	53.799	-	0,00

Fuente: Dirección Actuarial

III. RECOMENDACIÓN

En atención a lo establecido en el artículo 2° de la sesión N° 8679, celebrada por la Junta Directiva el 18 de noviembre del 2013 y en el artículo 26° de la sesión número 8682, celebrada el 28 de noviembre del 2013, se plantean las siguientes recomendaciones, las cuales regirán tanto para el Seguro de Salud como para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

1. Establecer la siguiente escala contributiva para los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente. Esta rige a partir del 01 de octubre del 2015 y hasta el 30 de setiembre del 2016.

Categoría	Nivel de ingreso	Porcentajes de contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM		
		Afiliado	Esta do	Conju nta	Afiliado	Esta do	Conju nta
1	De 0.7180 SM	3.45	8.55	12.00	3.60	4.32	7.92
2	Más de 0.7180 SM a menos de 2 SM	5.18	6.82	12.00	5.02	2.90	7.92
3	De 2 SM a menos de 4 SM	6.24	5.76	12.00	6.04	1.88	7.92
4	De 4 SM a menos de 6 SM	8.02	3.98	12.00	6.49	1.43	7.92
5	De 6 SM y más	10.69	1.31	12.00	6.93	0.99	7.92

Notas:

- (1) Adicionalmente la contribución del Estado como tal es de 0.25% en el Seguro de Salud y 0.58% Seguro de IVM.
- (2) SM corresponde al salario mínimo legal del trabajador no calificado genérico, decretado por el Poder Ejecutivo y vigente en cada momento.
- (3) La primera categoría es exclusivamente para trabajadores independientes y asegurados voluntarios de muy escasa capacidad contributiva.

2. Incrementar los ingresos de referencia de las categorías 1 y 2 de la escala contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, al 30 de Setiembre del 2015, en el porcentaje de aumento de la Base Mínima Contributiva inmediatamente anterior.

3. Para aquellos casos en los que la aplicación de dicho aumento implique el traslado del afiliado a una categoría superior a la que se ubica con antelación al ajuste, el ingreso de referencia deberá ubicarse en el nuevo límite superior de la categoría a la que pertenece.
4. Incrementar la Base Mínima Contributiva, los ingresos de referencia y los límites inferiores y superiores de todas las categorías de ingreso de la escala contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, cada vez que varíe el Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico. El incremento señalado deberá corresponder al mismo porcentaje de aumento del Salario Mínimo Legal No Calificado Genérico que se establezca mediante Decreto Ejecutivo, en relación con el Salario Mínimo Legal del Trabajador No Calificado Genérico inmediatamente anterior.
5. Instruir a la Gerencia Financiera y la Dirección Actuarial y Económica, elaborar un estudio exhaustivo sobre el impacto y efectos generados por el incremento progresivo de la Base Mínima Contributiva del Seguro de Salud y el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte”,

en atención a lo dispuesto por esta Junta Directiva, en el artículo 2° de la sesión N° 8679, celebrada por la Junta Directiva el 18 de noviembre del año 2013 y en el artículo 26° de la sesión número 8682, de fecha 28 de noviembre del año 2013 y de conformidad con la presentación efectuada por el señor Gerente Financiero, así como la información contenida en el mencionado oficio N° GF-40.251-15 DAE-746-15, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

1. Establecer la siguiente escala contributiva para los Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios afiliados individual y colectivamente, que rige a partir del 01 de octubre del año 2015 y hasta el 30 de setiembre del año 2016.

Categoría	Nivel de ingreso	Porcentajes de contribución					
		Seguro de Salud			Seguro de IVM (Invalidez, Vejez y Muerte)		
		Afiliado	Estado	Conjunta	Afiliado	Estado	Conjunta
1	De 0.7180 SM	3.45	8.55	12.00	3.60	4.32	7.92
2	Más de 0.7180 SM a menos de 2 SM	5.18	6.82	12.00	5.02	2.90	7.92
3	De 2 SM a menos de 4 SM	6.24	5.76	12.00	6.04	1.88	7.92
4	De 4 SM a menos de 6 SM	8.02	3.98	12.00	6.49	1.43	7.92
5	De 6 SM y más	10.69	1.31	12.00	6.93	0.99	7.92

Notas:

- (1) Adicionalmente la contribución del Estado como tal es de 0.25% en el Seguro de Salud y 0.58% Seguro de IVM.
- (2) SM corresponde al salario mínimo legal del trabajador no calificado genérico, decretado por el Poder Ejecutivo y vigente en cada momento.
- (3) La primera categoría es exclusivamente para trabajadores independientes y asegurados voluntarios de muy escasa capacidad contributiva.

- 2) Incrementar los ingresos de referencia de las categorías 1 y 2 de la escala contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, al 30 de setiembre del 2015, en el porcentaje de aumento de la Base Mínima Contributiva inmediatamente anterior.
- 3) Para aquellos casos en los que la aplicación de dicho aumento implique el traslado del afiliado a una categoría superior a la que se ubica con antelación al ajuste, el ingreso de referencia deberá ubicarse en el nuevo límite superior de la categoría a la que pertenece.
- 4) Incrementar la Base Mínima Contributiva, los ingresos de referencia y los límites inferiores y superiores de todas las categorías de ingreso de la escala contributiva de Trabajadores Independientes y Asegurados Voluntarios, afiliados individual y colectivamente, cada vez que varíe el Salario Mínimo Legal del Trabajador no Calificado Genérico. El incremento señalado deberá corresponder al mismo porcentaje de aumento del Salario Mínimo Legal No Calificado Genérico que se establezca mediante decreto ejecutivo, en relación con el Salario Mínimo Legal del Trabajador no Calificado Genérico inmediatamente anterior.
- 5) Instruir a la Gerencia Financiera y a la Dirección Actuarial y Económica, para que, en un plazo de cuatro meses, elaboren un estudio exhaustivo sobre el impacto y efectos generados por el incremento progresivo de la Base Mínima Contributiva del Seguro de Salud y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

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

ARTICULO 18º

Acogida la propuesta de la señora Presidenta Ejecutiva –por unanimidad y mediante resolución firme- **se dispone** incorporar en la agenda de la sesión de esta fecha y, consecuentemente, proceder a conocer el oficio del 24 de los corrientes, número GF-40.519-15, que firma el señor Gerente Financiero: propuesta convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social al 31 de diciembre del año 2015.

El licenciado Picado Chacón, con base en las siguientes láminas, se refiere a la propuesta en consideración:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Financiera
Propuesta
Convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social al 31 de Diciembre de 2014
GF-40.519
Setiembre 2015.

ii)

Antecedentes

23-04-2014

14-05-2015

Junta Directiva
Art. 2º, Sesión N° 8711

"Instruir a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia Financiera, para que continúen con las gestiones y acciones correspondientes, a fin de gestionar ante el Estado el cumplimiento fiel de lo dispuesto en el artículo 177 constitucional (cuyo principio fundamental gira en torno a la obligación del Estado de proveer las rentas suficientes para lograr la universalización de los seguros sociales) y ejecutar las acciones administrativas y legales con las que se cuenta para tales propósitos."

"ACUERDO SEGUNDO: con base en lo dispuesto en la "Propuesta de lineamientos para la Instrumentalización de la deuda del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social", Instruir a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia Financiera, para que continúen con las acciones en el seno del Equipo Interinstitucional y la coordinación con el Ministerio de Hacienda, y se cumpla de manera estricta con el cronograma de actividades -adjunto a la presente acta- con el propósito de que se cuente con las propuestas de los correspondientes convenios de pago y se presenten para conocimiento y eventual aprobación por parte de esta Junta Directiva, en los plazos señalados en el citado cronograma.

ACUERDO TERCERO: en forma adicional y con base en el interés que históricamente ha sido mostrado por esta Junta Directiva para resolver esta problemática, Instruir al señor Gerente Financiero, en su calidad de miembro del Equipo Interinstitucional, para que coordine con la contraparte del Ministerio de Hacienda, para la elaboración de unos flujos de pago preliminares, que permitan a este órgano colegiado disponer de mayores elementos de juicio e instrumentos de seguimiento respecto de las formas, montos y momentos concretos de pago de estos adeudos, a fin de contar en el menor plazo posible con recursos adicionales para el financiamiento de las múltiples necesidades que enfrentan los servicios de salud".

iii)

Criterio Jurídico CCSS – Ministerio Hacienda



24-09-2015

"Revisado el proyecto de Convenio, esta Dirección no encuentra objeción desde el punto de vista legal para que el citado Convenio pueda suscribirse. Lo anterior, considerando que este tipo de convenio no requiere de la aprobación de la Contraloría General de la República ni de ninguna dependencia jurídica institucional, así de acuerdo con el artículo 3 inciso 6) del Reglamento sobre el refrendo de las contrataciones de la Administración Pública".

DI-5779-15



14-05-2015

" Al respecto, le informo que analizada la propuesta referida desde la perspectiva jurídica, esta Dirección la autoriza y se adjunta al presente oficio de forma digital, para que se continúe con el trámite correspondiente"

DJMH2538-201

iv)



v)



vi) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

vii) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

De conformidad con los dictámenes técnicos del oficio conjunto del Equipo Técnico Interinstitucional N° GF-40518-15 TN1557-2015 de fecha 24 de setiembre de 2015, suscrito por la MSc. Martha Cubillo Jiménez, Tesorera Nacional del Ministerio de Hacienda y el Lic. Gustavo Picado Chacón, en su calidad de Gerente Financiero y el “Informe Final de Conciliación de adeudos del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social correspondientes al Primer Componente”, adjunto al oficio señalado, así como con los criterios de las Direcciones Jurídicas de ambas entidades, de oficios N° DJ-5779-15 y N° DJMH-2538-201, la Junta Directiva, acuerda:

viii) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

ACUERDO PRIMERO: Dar por conocida la “*Propuesta de Convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios*” entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social al 31 de Diciembre de 2014.

ACUERDO SEGUNDO: Autorizar a la Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, a suscribir el “Convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social al 31 de Diciembre de 2014”, en los términos que se indican en la propuesta adjunta.

Señala el Gerente Financiero que se ha estado gestionando desde hace algunos días o varias semanas, para poder concretar un convenio de pago, que se relaciona con las cuotas subsidiarias y complementarias, entre el Ministerio de Hacienda y la Caja. Se tienen los documentos, se cuenta con los criterios jurídicos y técnicos y están a punto de entregarlos, pero desea presentar la propuesta de acuerdo, porque con las autoridades del Ministerio de Hacienda se ha logrado un finiquito técnico y, además, lo que se ha establecido es que este convenio que asciende a alrededor de catorce mil quinientos quince millones novecientos cuarenta y nueve mil setecientos treinta y un colones, que corresponden al Seguro de Salud y a ese monto se le suman nueve mil millones trescientos cuarenta y seis mil ochocientos noventa y cinco colones, relacionados con el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM). De manera que el monto total asciende a los veintitrés mil ochocientos sesenta y dos millones ochocientos sesenta y dos mil colones, es un monto inferior a los veinticuatro mil millones de colones. El acuerdo ha sido que el 30 de setiembre de este mes, ese monto sea cancelado en efectivo, quince mil millones de colones se destinan al Seguro de Salud y nueve mil millones de colones para el Régimen de Pensiones. Como lo indicó, se tienen los criterios jurídicos emitidos por la Dirección Jurídica Institucional, que ha colaborado en la gestión. Por otra parte, los criterios jurídicos señalan que revisado el proyecto de convenio, esta Dirección Jurídica “no encuentra objeción desde el punto de vista legal, para que el citado convenio se pueda suscribir” y el del Ministerio de Hacienda indica que “*informa que analizada la propuesta referida desde la perspectiva jurídica, esta Dirección la autoriza y se adjunta el presente oficio de forma digital para que se continúe con el trámite*”. Ambas Direcciones Jurídicas están de acuerdo y desde el punto de vista técnico, se tiene un informe de conciliación, donde las partes han firmado lo que corresponda. Sobre el componente inicial que se tenía dentro del proceso, un primer avance y como han prometido, se tenía hoy la fecha, para la entrega de la documentación. Sobre la propuesta de acuerdo recuerda que hay un

acuerdo previo donde la Junta Directiva, estableció que cualquier Convenio de pago, aunque lo va a suscribir la Presidencia Ejecutiva, tiene que ser presentado a consideración de la Junta Directiva, para que le otorgue la autorización. Además, se está indicando que todos los criterios técnicos de parte de los equipos de ambas instituciones, se hace una entrega formal del convenio, tanto el Ministro de Hacienda como la Presidenta Ejecutiva y lo que se está solicitando, es dar por conocida la propuesta de convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios, entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social. Las cifras conciliadas son al 31 de diciembre del 2014 y los intereses sobre esas cifras, se están incluyendo sobre esos montos hasta el 30 de setiembre del año 2015, es decir, el monto se concilia hasta a esa fecha, pero los intereses se pagarán actualizados. El acuerdo segundo, es autorizar a la Presidencia Ejecutiva para que suscriba el convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios, en los términos que se indican en la propuesta a la Junta Directiva. Reitera, don Gustavo Picado que se tiene los documentos, los criterios jurídicos, está el equipo interinstitucional, está dado el aval de que, efectivamente, se cumple con todos los requisitos y en los próximos minutos, se puede hacer entrega, formalmente de toda la documentación.

Pregunta el Director Barrantes Muñoz que si la Dirección Jurídica revisó, exhaustivamente, y le otorgó el criterio positivo, porque no quiere estar dando el aval a una gestión que implique estar dejando de cobrar, por ejemplo, intereses de la deuda.

El Subgerente Jurídico responde que hoy ha sido un asunto de todo el día, en términos de que se han estado enviando y recibiendo mensajes y se incorporan correcciones, y se ha concretado un documento con un intenso trabajo de las dos Direcciones Jurídicas.

Ante una consulta del Director Fallas Camacho, señala el Lic. Picado Chacón que los convenios corresponden a los cinco componentes que se han estado gestionando y ese es el primero que se está negociando.

Respecto de una propuesta del Dr. Fallas Camacho, indica el Gerente Financiero que en el convenio se puede indicar a que montos se refiere y diferenciar los correspondientes al Seguro de Salud y al RIVM, es decir, indicar más cifras para darle una caracterización mayor al convenio.

Pregunta don Rolando Barrantes si hay algunos rubros sobre los que no hubo acuerdo.

Responde el Lic. Gustavo Picado que se produjo una conciliación de los montos y se concilió hasta el 31 de diciembre del año 2014.

Indica el Director Barrantes Muñoz que preguntando de otra manera, si hay aspecto sobre los que se produjo disensos.

Responde el licenciado Picado Chacón que en este componente no se produjeron desacuerdos. Por ejemplo, en el componente de la deuda del Ministerio de Salud, dado el traspaso de los Programas y de los funcionarios a la Caja, pero son componentes que se van trabajando por aparte.

Sugiere el Director Barrantes Muñoz que se presente un informe adicional sobre los descensos que existen.

Al respecto, señala la doctora Rocío Sáenz que el informe se presentó en la sesión pasada. Más bien el informe pasado planteaba que hoy se presentaba este acuerdo y se cumplió.

Agrega el Gerente Financiero que con el tema de la deuda del Estado, se planteará un proceso contencioso administrativo.

Por consiguiente, conocida la información presentada por el señor Gerente Financiero, que concuerda con los términos del oficio número GF-40.519-15 del 24 de setiembre del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee así:

“En el marco del proceso de atención de los adeudos del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social instruido por la Junta Directiva a la Presidencia Ejecutiva y a esta Gerencia y de conformidad con las gestiones realizadas por parte del Equipo Técnico Interinstitucional conformado para tales efectos, se adjunta para conocimiento y autorización de firma, la Propuesta de Convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social al 31 de Diciembre de 2014, así como los criterios técnicos y jurídicos correspondientes.

I. Antecedentes

En el artículo 2º de la sesión Nº 8711, celebrada por la Junta Directiva el 23 de abril de 2014, se establece lo siguiente:

" ACUERDO SEGUNDO: Instruir a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia Financiera, para que continúen con las gestiones y acciones correspondientes, a fin de gestionar ante el Estado el cumplimiento fiel de lo dispuesto en el artículo 177 constitucional (cuyo principio fundamental gira en torno a la obligación del Estado de proveer las rentas suficientes para lograr la universalización de los seguros sociales) y ejecutar las acciones administrativas y legales con las que se cuenta para tales propósitos."

En el artículo 27º de la sesión Nº 8777, celebrada por la Junta Directiva el 14 de mayo de 2015, se establece lo que seguidamente se transcribe:

“ACUERDO SEGUNDO: con base en lo dispuesto en la “Propuesta de lineamientos para la instrumentalización de la deuda del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social”, instruir a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia Financiera, para que continúen con las acciones en el seno del Equipo Interinstitucional y la coordinación con el Ministerio de Hacienda, y se cumpla de manera estricta con el cronograma de actividades -adjunto a la presente acta- con el propósito de que se cuente con las propuestas de los correspondientes convenios de pago y se presenten para conocimiento y eventual aprobación por parte de esta Junta Directiva, en los plazos señalados en el citado cronograma.

ACUERDO TERCERO: en forma adicional y con base en el interés que históricamente ha sido mostrado por esta Junta Directiva para resolver esta problemática, instruir al señor Gerente Financiero, en su calidad de miembro del Equipo Interinstitucional, para que

coordine con la contraparte del Ministerio de Hacienda, para la elaboración de unos flujos de pago preliminares, que permitan a este órgano colegiado disponer de mayores elementos de juicio e instrumentos de seguimiento respecto de las formas, montos y momentos concretos de pago de estos adeudos, a fin de contar en el menor plazo posible con recursos adicionales para el financiamiento de las múltiples necesidades que enfrentan los servicios de salud”.

II. Criterio jurídico

- Oficio de la Dirección Jurídica de la Caja Costarricense de Seguro Social N° DJ-5779-15, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico, Licda. Mariana Ovarés Aguilar, jefe a.i. del Área Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y el Lic. Guillermo Mata Campos, abogado de dicha dependencia, de fecha 24 de setiembre de 2015, que indica:

“Revisado el proyecto de Convenio, esta Dirección no encuentra objeción desde el punto de vista legal para que el citado Convenio pueda suscribirse. Lo anterior, considerando que este tipo de convenio no requiere de la aprobación de la Contraloría General de la República ni de ninguna dependencia jurídica institucional, así de acuerdo con el artículo 3 inciso 6) del Reglamento sobre el refrendo de las contrataciones de la Administración Pública”.

- Oficio de la Dirección Jurídica del Ministerio de Hacienda N° DJMH2538-201, suscrito por la Licda. Dagmar Hering Palomar, de fecha 24 de setiembre de 2015, que en la parte que interesa, señala:

“Al respecto, le informo que analizada la propuesta referida desde la perspectiva jurídica, esta Dirección la autoriza y se adjunta al presente oficio de forma digital, para que se continúe con el trámite correspondiente”

III. Criterio técnico

- Oficio conjunto del Equipo Técnico Interinstitucional N° GF-40518-15 TN-15574-2015 de fecha 24 de setiembre de 2015, suscrito por la MSc. Martha Cubillo Jiménez, Tesorera Nacional del Ministerio de Hacienda y el Lic. Gustavo Picado Chacón, en su calidad de Gerente Financiero.
- Informe Final de Conciliación de adeudos del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social correspondientes al Primer Componente, adjunto al oficio N° GF-40518-15 TN-1557-2015, que contiene el detalle de las verificaciones de pagos y cálculos efectuados para efectos de determinación de los saldos adeudados a considerar en el presente convenio.

IV. Recomendación

De conformidad con los dictámenes técnicos del oficio conjunto del Equipo Técnico Interinstitucional N° GF-40518-15 TN-1557-2015 de fecha 24 de setiembre de 2015, suscrito por

la MSc. Martha Cubillo Jiménez, Tesorera Nacional del Ministerio de Hacienda y el Lic. Gustavo Picado Chacón, en su calidad de Gerente Financiero y el “Informe Final de Conciliación de adeudos del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social correspondientes al Primer Componente”, adjunto al oficio señalado, así como con los criterios de las Direcciones Jurídicas de ambas entidades, de oficios N° DJ-5779-15 y N° DJMH-2538-201, se recomienda:

Autorizar a la Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, a suscribir el “Convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social al 31 de Diciembre de 2014 ...”,

de conformidad con los dictámenes técnicos del citado oficio conjunto del Equipo Técnico Interinstitucional N° GF-40518-15 TN-1557-2015, suscrito por la MSc. Martha Cubillo Jiménez, Tesorera Nacional del Ministerio de Hacienda, y el Lic. Gustavo Picado Chacón, en su calidad de Gerente Financiero, y el “Informe Final de Conciliación de adeudos del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social correspondientes al Primer Componente”, adjunto al oficio señalado, así como con los criterios de las Direcciones Jurídicas de ambas entidades, según consta en los oficios números DJ-5779-15 y DJMH-2538-201, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: dar por conocida la “*Propuesta de Convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios*” entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social, que incorpora los siguientes conceptos para el período comprendido entre el 1° de octubre del año 2011 y el 31 de diciembre del año 2014: a) Cuota Estado como Tal, b) Cuota Complementaria de Trabajadores Independientes, c) Cuota Complementaria de Convenios Especiales, d) Cuota de Centros Penales y e) Asegurados por el Estado (este último desde el 1° de Julio del año 2011 hasta el 31 de Diciembre del año 2014). Dicha propuesta totaliza ₡23,862,845,115.39 de los cuales corresponden ₡14,515,949,733.41 al Seguro de Salud y ₡9,346,895,381.98 al Seguro de Invalidez Vejez y Muerte, que se pagarán, en efectivo, a más tardar el 30 de setiembre del año 2015.

De forma adicional, se cancelarán intereses legales con base en la Tasa Básica Pasiva calculada por el Banco Central de Costa Rica, para el período comprendido entre el 01 de enero del año 2015 y hasta la fecha de pago, por un total de ₡1,235,847,284.62 conformados de ₡751,858,495.95 del Seguro de Salud y ₡483,988,788.67 del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

ACUERDO SEGUNDO: autorizar a la señora Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, a suscribir el “*Convenio de pago de adeudos subsidiarios y complementarios entre el Ministerio de Hacienda y la Caja Costarricense de Seguro Social al 31 de Diciembre de 2014*”, en los términos que se indican en la propuesta adjunta.

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

ARTICULO 19º

Se tiene a la vista la consulta que concierne al *Expediente N° 19.650, Programa de apoyo y reactivación de las MIPYMES del sector turismo costarricense*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número P.E.47.2239-15, de fecha 17 de los corrientes, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 17 de agosto del año en curso, número TUR-214-2015, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Turismo de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Financiera en el oficio N° GF-15.341-15 del 31 de agosto anterior, y la Junta Directiva, dado el análisis que debe realizar al efecto –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 por unanimidad. Por consiguiente, el acuerdo se adopta en firme.

El licenciado Picado Chacón se retira del salón de sesiones.

ARTICULO 20º

La señora Presidenta Ejecutiva se refiere al oficio N° P.E.-45.308-15, de fecha 7 de julio del año 2015, por medio del que se traslada la invitación, por parte de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), para las Reuniones estatutarias, y Reunión de alto nivel sobre envejecimiento y economía preventiva (se abordarán temas sobre envejecimiento, pensiones, salud y economía preventiva), que se realizarán los días 5 y 6 de noviembre del 2015, en Sao Paulo, Brasil.

La señora Presidenta Ejecutiva informa que en el mes de julio de este año, se recibió una nota de la CISS invitando a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. La reunión se realizará en el mes de noviembre próximo en Sao Pablo. Junto a esa reunión se va a celebrar el Encuentro de alto nivel que abordara los temas de envejecimiento, pensiones, salud y economía preventiva. La Conferencia Internacional de Seguridad Social organiza eventos de esa naturaleza, en colaboración con el Ministerio de Previdencia Social de Brasil y se hace la convocatoria a las reuniones estatutarias. Recuerda que en aquel momento había mostrado interés, tanto don José Luis Loría como don Rolando Barrantes.

Al respecto, indica el Director Barrantes Muñoz que él no mostró interés.

Señala la doctora Sáenz Madrigal que se solicitó a los organizadores que enviaran la agenda, pero quiere conocer si don José Luis Loría sigue interesado.

Sobre el particular, señala el Director Loría Chaves que debe participar alguna persona más, porque está interesado pero si otro Miembro de la Junta Directiva lo está también.

Propone el Director Fallas Camacho que asista con el Gerente de Pensiones.

Al respecto, indica la doctora Sáenz Madrigal que el Gerente de Pensiones sería el pertinente.

Pregunta el señor Loría Chaves cuál es la idea.

Responde la doctora Rocío Sáenz que asistan los dos. Después se tiene que presentar la propuesta con el tiquete y viáticos, porque no le han enviado la agenda. Lo que se aprobaría es su participación y queda sujeto, repite, de que se presente la agenda, el programa y los costos.

Por tanto, se tiene a la vista la invitación que se cursa por medio del oficio del 18 de setiembre en curso, número CISS/SG/066.2015, dirigido a la señora Presidenta Ejecutiva y firmado por el señor Juan Lozano, Secretario General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), en relación con las Reuniones estatutarias y Reunión de alto nivel sobre envejecimiento y economía preventiva: un nuevo horizonte (en que se abordarán temas sobre envejecimiento, pensiones, salud y economía preventiva), que tendrán lugar los días 5 y 6 de noviembre del año 2015, en Sao Paulo, Brasil, y, en virtud de los temas de interés para la Institución que ahí serán tratados, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar los extremos que se detallan, a favor del Director José Luis Loría Chaves y al licenciado Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, para que participen en las citadas Reuniones:

I) Director Loría Chaves:

- a) Permiso con goce de dietas para las sesiones comprendidas entre el 4 y el 7 de noviembre próximo.
- b) Los pasajes aéreos de ida y regreso a Sao Paulo, Brasil, más los gastos de salida y pasaporte.
- c) Los viáticos reglamentariamente establecidos del 4 al 7 de noviembre del presente año.

II) Lic. Barrantes Espinoza:

- i) Permiso con goce de salario del 4 y el 7 de noviembre próximo.
- ii) Los pasajes aéreos de ida y regreso a Sao Paulo, Brasil, más los gastos de salida y pasaporte.
- iii) Los viáticos reglamentariamente establecidos del 4 al 7 de noviembre del presente año.

Estas erogaciones se harán con cargo al presupuesto de la Unidad Programática 1101, Junta Directiva.

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

ARTICULO 21º

La señora Presidenta Ejecutiva hace referencia al oficio del 9 de setiembre en curso, número DM-7885-2015, que firma el doctor Fernando Llorca Castro, Ministro de Salud, por medio de la cual se le extiende la invitación para las Reuniones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), que tendrán lugar en Honduras, el 15 y 16 de octubre del año en curso, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar los extremos que se detallan, a favor de la señora Presidenta Ejecutiva, doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, para que participe en la citada reunión:

- 1) Permiso con goce de salario del 15 al 16 de octubre próximo.
- 2) El pago de los pasajes aéreos de ida y regreso a Honduras, más los gastos de salida y pasaporte.

Estas erogaciones se harán con cargo a las respectivas partidas presupuestarias de la Unidad Programática 1101, Junta Directiva.

Se toma nota de que el Instituto Hondureño de Seguridad social (IHSS) le cubrirá los gastos de estadía (hotel, alimentación y transporte interno).

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

ARTICULO 22º

Se toma nota de que la Directora Alfaro Murillo informa que no le será posible participar en las sesiones comprendidas en las fechas que se detalla y en las que disfrutará de permiso sin goce de dietas:

- 1) 26 de octubre al 1º de noviembre próximo.
- 2) 21 al 29 de noviembre del año en curso.

ARTICULO 23º

Se dispone reprogramar, para la próxima sesión ordinaria, la presentación de los temas que se detallan:

- I) Gerencia Financiera:** oficios han sido suscritos por el Gerente Financiero:
 - a) Oficio N° GF-14.948**, de fecha 5 de agosto del año 2015: Informe de morosidad patronal, trabajador independiente y Estado al segundo trimestre del año 2015; *se actualiza*, por tanto, el informe visible en oficio N° GF-13.560-15 del 27 de mayo de 2015 (informe de morosidad Patronal, Trabajador Independiente, Estado y Ministerios al I trimestre del 2015).

- b) **Oficio N° GF-14.873-15**, de fecha 29 de julio del año 2015: atención artículo 21° de la sesión N° 8782 del 11-06-15: informe sobre lo actuado en relación con la resolución “*recurso de amparo interpuesto por Yashín Castrillo Fernández contra la CCSS, expediente N° 14-014184-0007-CO*”.

II) Gerencia Administrativa: notas firmadas por el Gerente Administrativo:

a) **Centro de atención de emergencias y desastres.**

- b) **Oficio N° GA-23395-15**, de fecha 9 de setiembre del año 2015: atención artículo 16° de la sesión 8168: informe en relación con las bodegas 1° y 2 ubicadas en Hatillo.

III) Informes de la Dirección Jurídica:

- a) **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*.

IV) Propositiones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva:

- a) **Oficio N° P.E.45.385-15**, del 13 de julio del año 2015: **criterio jurídico** de la Procuraduría General de la República sobre la viabilidad jurídica de implementar el salario único o global en la Caja; oficio N° C-180-2015 del 9-07-15 (artículo 2° de la sesión número 8675).
- b) **Oficio N° DPI-341-15**, fechado 27 de julio del año 2015, firmado por el Director de Planificación Institucional: por lo expuesto, se requiere de un plazo adicional a los tres meses para cumplir con lo solicitado en el punto número 7 del artículo 24° de la sesión N° 8773 (*abordaje integral listas de espera*); se solicitó que: “... 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”.
- c) **Oficio N° DPI-345-15**, de fecha 28 de julio del año 2015: 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 30 de junio de 2015**. **Nota:** este informe actualiza el que se presentó mediante la nota N° DPI-134-15 de fecha 27 de marzo de 2015.
- d) **Oficio N° DPI-356-15**, fechado 28 de julio del año 2015: actualización **del Informe Integral:** “Acuerdos de Junta Directiva pendientes con fecha corte al 30 de junio de 2015”. **Nota:** este informe actualiza el presentado por medio de la comunicación N° P.E.-25.951-15 de fecha 22 de abril de 2015, firmada por la señora Presidenta Ejecutiva.

e) **Informes: oficios suscritos por la señora Presidenta Ejecutiva** (carácter informativo, se deja constancia de su distribución):

f.1) **Oficio N° P.E.-31.527-15**, de fecha 17 de junio del año 2015: informe en relación con las actividades realizadas en el marco del viaje a España y Bruselas: participación en el EU-LAC Health Conference.

f.2) **Oficio N° P.E.-47.231-15**, fechado 17 de agosto del año 2015: informe en relación con las actividades realizadas en el marco del viaje a Santiago de Chile; Seminario Técnico del Proyecto CEPAL-GIZ.

f) **Oficio N° P.E. 47.548-15**, del 16 de setiembre del año 2015: atención artículo 26°, sesión N° 8764: informe sobre metas insuficientes del Plan Anual Institucional; *se distribuye y se propone programar su presentación.*

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

a) **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:
Anotación: en el artículo 30°, sesión N° 8801 del 17-9-15 se presentó, por parte Gerencia Financiera, *Informe de avance, en cuanto al proceso de conciliación y definición de términos del pago de la Deuda del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social.*
- Informe sobre los proyectos y recursos disponibles de los fondos de cáncer que maneja el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer. *Anotación:* en el artículo 6°, sesión N° 8775, se presentó el *Informe en relación con el Proyecto integral del cáncer*, a cargo del Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director Proyecto de fortalecimiento de la atención del cáncer en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Informe sobre la relación de los agentes con el INS (Instituto Nacional de Seguros).

b) **Planteamientos Director Gutiérrez Jiménez:**

1. Expediente Electrónico y EDUS.
2. Avance sobre listas de espera.
3. Tema -Universidades Privadas:
Anotación: en el artículo 6° de la sesión de esta fecha fue conocido el criterio de la Dirección Jurídica contenido en el oficio N° DJ-4731-2015 del 19 de agosto del año 2015 y se adoptó la resolución pertinente.
4. **Fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.**
Anotación: en el artículo 25°, sesión N° 8801 del 17-9-15 se presentó, por parte del Gerente de Pensiones, el *análisis de opciones para un ajuste en las pensiones del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.*

5. Estado actual quirófanos Hospital México.

Anotación: en el artículo 41° de la sesión N° 8796 del 27-8-15 se autorizó la ejecución del Proyecto Construcción-remodelación de obras urgentes para aumenta oferta quirófanos y camas en Cirugía del Hospital México y para que en un plazo no mayor de cuatro meses se presente propuesta final en cuanto a construcción nuevas salas de operaciones.

c) Planteamientos del Director Barrantes Muñoz:

c.1) Solicitud para que, con fundamento en el artículo 42° de la Ley Constitutiva de la Caja, se presenten a la Junta Directiva las valuaciones actuariales del SEM (Seguro de Salud) y del Seguro de IVM (Invalidez, Vejez y Muerte) correspondientes a los años 2014 y 2015.

Anotación: en el artículo 26°, sesión N° 8801 del 17-9-15, la Gerencia de Pensiones presentó la *valuación actuarial de largo plazo del Seguro de Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte con corte al 31 de diciembre del año 2014.*

c.3) **Solicitud informe de resultados en relación con solicitud para que** “... las Gerencias que, para el mes de setiembre próximo, preparen un plan de acción respecto de la implementación de la citada Política (*Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales de la Caja Costarricense de Seguro Social*), que se les instruye ejecutar y divulgar, y, además, que se informe con periodicidad a la Junta Directiva sobre los avances de la ejecución”; artículo 7° de la sesión número 8728 del 7 de agosto del año 2014.

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