

Jueves 22 de octubre de 2015

N° 8806

Acta de la sesión ordinaria número 8806, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 22 de octubre de 2015, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Devandas Brenes informó que no participará en la sesión de esta fecha. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

La Directora Alfaro Murillo comunicó que no le es posible participar en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Barrantes Muñoz retrasará su llegada a esta sesión.

#### **ARTICULO 1°**

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

#### **ARTICULO 2°**

Se somete a aprobación la agenda distribuida para esta sesión.

Informa la señora Presidenta Ejecutiva que como la doctora María Eugenia Villalta viaja para los Estados Unidos, por el día de hoy y mañana, hay que nombrar un Gerente que la sustituya. Entonces, el recargo lo tendrá la Ing. Garro Herrera y pregunta si están de acuerdo.

Al respecto, indican los señores Miembros de la Junta Directiva que sí.

**Por consiguiente** y en vista de que la señora Gerente Médico, en representación de la Caja Costarricense de Seguro Social, participa en el 156 período ordinario de sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que tiene lugar en Washington, Estados Unidos, del 22 al 24 de octubre del año 2015, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA** que la señora Gerente de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera, asuma temporalmente y durante el citado período las funciones de la Gerencia Médica.

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.

Con las observaciones y acuerdo precedente se da por aprobada la agenda.

**Por otra parte, se toma nota** de que la meditación a cargo del Director Alvarado Rivera, se reprograma para la próxima sesión.

Con motivo de la celebración, en el día de hoy, del septagésimo cuarto aniversario de creación de la Caja Costarricense de Seguro Social la Directora Soto Hernández invita a los señores Directores a entonar el Himno de la Caja, lo cual aceptan y se procede al efecto.

### **ARTICULO 3°**

Se someten a revisión y **se aprueban** las actas de las sesiones números 8798 y 8799.

Ingresa al salón de sesiones el Director Barrantes Muñoz.

### **ARTICULO 4°**

El Director Fallas Camacho, en relación con el Proyecto de cooperación técnica Costa Rica-Argentina: entrenamiento en materia cardiovascular) perfusión, electrofisiología y sala híbrida), señala que entre los meses de abril y mayo de este año, se lograron concretar unas reuniones con todos los cardiólogos del Área Metropolitana, inclusive, de los Hospitales Periféricos, como ejemplo, los de Cartago, Heredia y Alajuela, con el Proyecto de Cooperación Técnica Costa Rica-Argentina. Se logró determinar un diagnóstico con los argentinos de la necesidad o el problema que existe planteado, por los mismos especialistas de la Caja. En función de lo anterior, se logró establecer una programación, aunada a una especie de estrategia y, aclara que es un tema que no ha sido sometido a conocimiento de la Junta Directiva y las autoridades pertinentes y, previamente, tendrán que conocerlo. En este momento, dentro de lo que se había acordado o en aquel momento, se indicó con algunas de las personas que intervinieron, como ilustración, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) y la Gerencia Médica, de elaborar un programa para capacitar a un número de personas, muy significativo en los procedimientos de cateterismos, entre otros. El cual incluye cardiólogos, enfermeras y técnicos, inclusive, se hizo un programa que tiene entendido que había sido presentado ya desde el mes de agosto a la respectiva Gerencia Médica. El programa inicia el 01 de noviembre de este año y es para capacitar al primer grupo de costarricenses que, eventualmente, viajarán a Argentina, para visitar una organización importante de especialistas en esa materia, para comenzar a formar personal de la Caja, que es una de las dificultades que hay en el campo. Los trámites se realizaron por medio del CENDEISS y por alguna razón, no se ha tenido la oportunidad, para que el tema sea presentado en tiempo y algunos interesados, en el trabajo que conoce, se lo han estado planteando y le preocupa, porque se le está informando de una situación y de un programa para atenderlo, porque se esperaba que en algún momento el tema, fuera presentado en la Junta Directiva como corresponde. Sin embargo, se ha enterado de que el tema va a ser presentado, pero el asunto todavía no ha sido de conocimiento de la doctora Sáenz. En esos términos, se plantea que para la sesión del 29 de octubre de este año, se presentará el tema y si decidieran aprobarlo, con la información que se tiene, la cual es muy importante, hay elementos suficientes para poderlo impulsar, porque en Argentina está aprobado el programa para recibir al personal de la Caja e iniciar el intercambio. Lo está señalando para efectos de que si es factible, porque no conoce y por esa razón, somete el asunto a discusión, dado que la información que se está dando y lo reconoce en actas, no es totalmente suficiente, quizás para poder tomar una decisión. Hay una persona en la Gerencia Médica que tiene la información de lo existe, por lo que solicita, de ser posible, se presente el tema y se pueda aprovechar esa oportunidad. Le parece que es oportuno para este problema que se tiene, porque es muy grave y lo plantea como una inquietud, a los señores miembros de Junta Directiva y si se

logra presentar los documentos, para que sean analizados y tomar alguna decisión si fuera el caso, cualquiera que sea. En este momento, su petición es que de ser posible se conozca el tema y se analice; particularmente, cree que es una buena oportunidad; porque hubo grandes reuniones de los grupos de los hospitales con cardiólogos, se realizaron actividades formales de más de una semana visitando centros, se conversó sobre el problema con grupos técnicos extranjeros y cuando, muy informalmente, se le planteó el tema, le pareció que era una buena oportunidad de capacitar, a un grupo de personas especialistas en esa materia, porque es una dolencia que está teniendo la Institución y es muy grave, con la misma urgencia que hay que tratar el tema del cáncer y el problema de la mortalidad cardiaca. Reitera, que lo señala porque es un asunto muy delicado para la Institución, de manera que lo somete a discreción de los Miembros de la Junta Directiva. Propone que se haga el intento de buscar la información y si es oportuno se conozca el tema y se tome alguna decisión.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que sobre este tema es la primera noticia que tiene, no conoce que especialistas argentinos hayan visitado el país, ni de las visitas a los hospitales, ni tampoco que se haya estado planteando un programa de capacitación. Ese no es el punto de que ella no esté enterada, pero se va a averiguar dónde está la información y que tan razonable está el tema.

Al respecto, indica la Directora Soto Hernández que se debe abrir el camino para ese programa.

En cuanto a una consulta que se le hizo a la Secretaría de la Junta Directiva, indica la Dra. Sáenz Madrigal que doña Emma Zúñiga informa que no se ha recibido información sobre el asunto. Por lo que si hay un informe se tendría que conocer y le preocupa, porque es la primera vez que escucha sobre el tema, pero con mucho gusto se indaga a donde está el proceso y le indica al doctor Fallas Camacho que entiende su preocupación.

El Director Fallas Camacho apunta que tiene todos los documentos pero no son oficiales. Tiene conocimiento de que desde hace más de un mes, se ha estado avanzado en la propuesta, pero entiende que no es oficial, hasta que los canales correspondientes no la aborden y la recomienden.

La doctora Sáenz Madrigal indica que les recomendaría a los cardiólogos del Hospital México que le escriban.

Al respecto, el Director Gutiérrez Jiménez quiere dejar constando en actas, que ha quedado claro que la documentación no ha sido formalmente presentada, no significa que no existe un interés, porque la reacción sería que es importante el tema y más con las condiciones actuales. Además, está de acuerdo con don Oscar Fallas, en el sentido de que es un tema relevante y que le pedirían a la administración, que le preste atención y que ese envíe la información adecuada, para poder tomar las acciones que correspondan de inmediato, si es procedente. En principio, le parece que ese sería el razonamiento, en cuanto al tema y, recalca, que es de suma relevancia, no se conocen los detalles, porque el tema no ha sido presentado formalmente ante el Órgano Colegiado, pero que la administración indague e informe.

**Se toma nota** de que se harán las averiguaciones sobre el particular y, en adelante, se informará al respecto.

**ARTICULO 5º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 6º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 7º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 8º**

Se conoce el oficio número CNR.DG.985.15, fechado 5 de octubre del año 2015, suscrito por el Dr. Roberto Aguilar Tassara, Director General a.i. del Centro Nacional de Rehabilitación, por medio del que cursa invitación para el acto “Centenario Natalicio del Dr. Humberto Araya Rojas”, el 28 de octubre del año 2015, en horario de 8.00 a.m. a 10:00 a.m., en el Auditorio de ese Centro Médico, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** tomar nota y agradecer la invitación.

**ARTICULO 9º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 10º**

Se tiene a la vista la comunicación de fecha 5 de octubre del año 2015, suscrita por el MSc. Johnny Saborío León, Gerente General de COOPECAJA, mediante la que cursa invitación a la Junta Directiva para que pueda realizar alguna de las sesiones en las instalaciones de la Cooperativa, por lo que se encuentra a disposición la Sala de Sesiones de las Oficinas Centrales, de manera que cuando se defina fecha, se le informe para realizar la coordinación respectiva, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** acusar recibo y agradecer la invitación que se tendrá presente.

**ARTICULO 11º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 12°**

Se tiene a la vista la copia del oficio número P.E. 47.821-15, de fecha 13 de octubre del año 2015, suscrita por la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, dirigida al Gerente Financiero, mediante la cual remite la nota número 10884-15, del 06 de octubre del año 2015, suscrita por la Licda. Silvia Navarro Romanini, Secretaria General de la Corte Suprema de Justicia, referente al acuerdo tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión No. 82-15, celebrada el 16 de setiembre del año 2015. Lo anterior, para su atención conforme con sus competencias y que informe sobre los avances a la Presidencia Ejecutiva. En lo pertinente, el acuerdo tomado por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión No. 82-15, celebrada el 16 de setiembre del año 2015, dice en forma textual:

*“Se acordó: 1.) Tomar nota del informe rendido por la máster Ana Eugenia Romero Jenkins, Directora Ejecutiva y hacer una atenta instancia a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social para el pronto pago de las sumas que se adeudan al Poder Judicial, según los detalles indicados. 2.) Deberá la Dirección Ejecutiva y el Departamento Financiero Contable dar seguimiento al pago de las sumas adeudadas”,*

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Financiera, para la atención correspondiente y que informe a la Junta Directiva sobre lo actuado.

**ARTICULO 13°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 14°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 15°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 16°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 17°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

## ARTICULO 18°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

## ARTICULO 19°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

## ARTICULO 20°

Por unanimidad, **se declara la firmeza** de los acuerdos hasta aquí adoptados en cuanto a la correspondencia aprobada.

Ingresan al salón de sesiones el Gerente de Pensiones, licenciado Jaime Barrantes Espinoza, y el ingeniero Ubaldo Carrillo Cubillo, Director de Administración de Pensiones.

## ARTICULO 21°

Se presenta el oficio N° GP-50.131-15, de fecha 21 de octubre del presente año, que firma el Gerente de Pensiones, que contiene la propuesta de incremento a las pensiones en curso de pago del Programa Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico.

La presentación está a cargo del ingeniero Carrillo Cubillo, con base en las siguientes láminas:

I) Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia de Pensiones  
Propuesta de Incremento al Monto de las Pensiones en Curso de Pago del Régimen no Contributivo  
Octubre, 2015.

II) Marco normativo:

*Artículo 10 Reglamento del RNC:*

La Junta Directiva de la CCSS, de acuerdo con los estudios técnicos respectivos **y la asignación presupuestaria vigente**, podrá acordar en cualquier momento la variación de las cuantías que se otorgan en el Programa RNC.

El monto de la pensión ordinaria del RNC multiplicados por 1.5 no debe ser mayor al monto de la pensión mínima del Régimen del Seguro de IVM.

III) Propuesta de Incremento de las Pensiones en Curso de Pago del Programa Régimen No Contributivo

- La Junta Directiva en el Artículo 10° de la Sesión N° 8781 celebrada el 8 de junio del 2015, acordó lo siguiente:

Acuerdo Segundo: Solicitar a la Gerencia de Pensiones, en relación con el monto de las pensiones del Régimen No Contributivo, que se construyan y presenten a este órgano colegiado escenarios para incrementar el monto de las pensiones.

IV)

**Histórico de aumentos de Pensión RNC:**

Relación entre la Línea de Pobreza y la Pensión del Régimen No Contributivo				
Año:	Línea de Pobreza	Pensión RNC	% Crec.	Inflación
2,009	77,999.00	66,125.00	15.00	3.98
2,010	83,349.00	70,125.00	6.05	5.69
2,011	87,087.00	70,125.00	0.00	4.64
2,012	89,739.00	72,000.00	2.67	4.46
2,013	92,922.00	75,000.00	4.17	3.63
2,014	98,410.00	75,000.00	0.00	5.13

V)

**Escenarios propuestos:**

Los escenarios propuestos toman como referencia las posibilidades del FODESAF para financiar cualquier incremento, a luz del crecimiento de los recursos disponibles de dicho Fondo:

Escenario 1:	Incremento de 2.000,00 colones, con vigencia julio 2015	52% inflación 2014
Escenario 2:	Incremento de 3.000,00 colones, con vigencia julio 2015	78% inflación 2014

VI)

**Análisis de la Dirección Actuarial, según oficio DAE 0480-15:**

Escenario 1:	No representa un mayor impacto en el presupuesto 20015	Para el 2016 se requiere de 4.000,00 millones adicionales
Escenario 2:	No representa un mayor impacto en el presupuesto 20015	Para el 2016 se requiere de 5.500 millones adicionales

Mediante oficio DAE-0814-15, se estima que en el caso del Escenario 2, los recursos adicionales para el presupuesto 2016, serían de 4.600 millones, producto de un nuevo cálculo que incorpora recursos acumulados de periodos anteriores.

VII)

Cumplimiento del Artículo 10 del  
Reglamento:

Relación Pensión Mínima de IVM y Monto de Pensión Régimen No Contributivo			
Año	Pensión Mínima IVM (A)	Pensión Ordinaria RNC (B)	Relación (A)/(B)
2009	101,220.00	66,125.00	1.53
2010	107,613.00	70,125.00	1.53
2011	113,181.00	70,125.00	1.61
2012	118,399.00	72,000.00	1.64
2013	123,833.00	75,000.00	1.65
2014	128,316.00	75,000.00	1.71
2015	129,620.00	75,000.00	1.73
	129,620.00	78,000.00	1.66

VIII) Consideraciones finales:

1. La propuesta de incremento se sustenta en recursos acumulados del Régimen No Contributivo y el compromiso del Ministro de Trabajo en destinar recursos adicionales para el ejercicio presupuestario 2016, en la cuantía de 4.600 millones de colones.
2. Dados los dos escenarios, se recomienda incrementar el monto de la Pensión del Régimen No Contributivo en 3.000,00 colones.
3. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 10 del Reglamento del RNC, el monto propuesto de pensión se ajusta al mismo (relación con la pensión mínima de IVM).

IX) Propuesta de acuerdo:

Dado el análisis técnico efectuado por la Dirección Actuarial y Económica contenido en oficio DAE-814-15 del 30 de setiembre del 2015, lo expuesto por la Dirección Administración de Pensiones en oficio DAP-1503-2015 del 20 de octubre del 2015 y la recomendación de la Gerencia de Pensiones en nota GP-50.131-15 del 21 de octubre del 2015, la Junta Directiva **ACUERDA** revalorizar las pensiones en curso de pago del Programa Régimen No Contributivo por monto Básico de ¢75.000 a ¢78.000,00 a partir del 01 de octubre del 2015.

El Ing. Carrillo Cubillo señala que le pareció muy oportuno, el proceso que se ha llevado a cabo con el Fondo de Desarrollo de Asignaciones Familiares (FODESAF) y el Ministerio de Trabajo, en relación con la revisión de las pensiones en curso de pago del Régimen no Contributivo (RNC), porque se han hecho ingentes esfuerzos, por aumentar la cobertura horizontal para este cuatrienio, dado que se están incrementando en un 50%, las pensiones a ser otorgadas en el RNC, porque se está elevando la cobertura de 10.000 pensiones, a 15.000 pensiones nuevas en este cuatrienio. La pensión en materia de monto, ha ido perdiendo espacio con respecto del comportamiento de la inflación. El último aumento que se produjo para el RNC, fue en el mes de julio del año 2013 y desde esa fecha, esos montos no se han ajustado a los cambios en materia del

Índice Acumulado de Precios (IPC). El Reglamento del RNC en su artículo 10°, establece que la Junta Directiva, de acuerdo con los respectivos estudios técnicos y la asignación presupuestaria vigente, podrá acordar en cualquier momento, la variación de las cuantías que se otorgan en el programa del RNC. Recuerda que el financiamiento del Régimen no Contributivo, en más de un 90% proviene de los recursos que traslada el FODESAF a la Caja, por medio de las transferencias del Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Trabajo. Además, ese artículo 10° establece que el monto de la pensión ordinaria del RNC, multiplicado por el 1.5% no debe ser mayor al monto de la pensión mínima en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), esa es una información como referencia. Por otra parte, la Junta Directiva en el artículo 10° de la sesión N° 8781 del 08 de junio de este año, acordó lo siguiente: solicitar a la Gerencia de Pensiones, en relación con el monto de las pensiones del Régimen no Contributivo que se construya y se presente a éste Órgano Colegiado, escenarios para incrementar el monto de las pensiones, entendiendo que en función de las distintas exposiciones que han hecho, en materia de liquidación presupuestaria, se ha determinado que existen fondos o recursos en asignaciones globales, que se han ido acumulando en el tiempo, pero para poder tomar una decisión de aumentar las pensiones no contributivas, es necesario o era necesario también, lograr autorización o la responsabilidad de FODESAF, para encargarse de financiar los períodos subsecuentes años 2016-2017 en adelante. Por otra parte, se tiene la información del comportamiento histórico de los aumentos del Régimen no Contributivo, en la cual se determina que del año 2009 al 2014 la línea de pobreza, va avanzando en setenta y ocho mil colones en el año 2009 y al mes de diciembre del año 2014, se establece en noventa y ocho mil cuatrocientos diez colones. Destaca que el RNC, sufrió aumentos interesante en los períodos 2007, 2008 y 2009, donde la pensión del año 2009 con respecto de la del año 2008, se incrementó en un 15%, pero a partir de ese momento, los aumentos que han venido teniendo las pensiones en curso de pago del RNC, han estado por debajo de la inflación. Por ejemplo, en el año 2011 no hubo aumento, la inflación fue un 4.64%, en el año 2012 el aumento fue de un 2.67%, mientras que la inflación fue de un 4.46%, en el año 2013 se produjo un repunte con respecto de la inflación, pero en el año 2014 no se produjo ningún aumento, para las pensiones del RNC, quedando el monto establecido en setenta y cinco mil colones, que es el monto que ostentan el día de hoy, es decir, desde el mes de julio del año 2013, se produjo el último aumento de un 4.17% a hoy, las pensiones no han recibido ningún incremento. Enfatiza en que no se pueden construir escenarios para un, eventual, aumento en las pensiones del RNC, puesto que la Institución no tiene control directo de los recursos que provienen del FODESAF. Tuvieron información de que el Ministerio de Trabajo, por medio del FODESAF, el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y el Ministro de Sector Social, empezaron a tratar de construir escenarios en función de lo que el FODESAF experimenta, en términos de lo que va a tener como crecimiento para el año 2016. Entonces, construyeron dos escenarios, el primero, que el incremento de las pensiones fuese un 50% de la inflación del año 2014, es decir, un equivalente a dos mil colones, a las pensiones vigentes del RNC pero, además, se planteó un segundo escenario, buscando la participación más fuerte del FODESAF y el compromiso del señor Ministro de Trabajo que lo plasmó en un documento, en el sentido de que la pensión alcance alrededor del 80% de la inflación acumulada del año 2014, la cual fue de tres mil colones. Los costos para el escenario uno y el escenario dos, para los recursos con que cuenta el RNC no hay ningún problema, para que se realice el pago durante el año 2015, pero cuando se analizó el impacto que se producía en el año 2016, según los cálculos iniciales que hizo la Dirección Actuarial, el escenario de dos mil colones, el costo para el 2016 sería de cuatro mil millones de colones, mientras que el escenario de tres mil colones, es de alrededor de cinco mil quinientos millones de colones. Luego, la Dirección Actuarial recalcula

el costo del escenario dos, incorporando los recursos de asignaciones globales que se tienen en el Régimen no Contributivo, es decir, el RNC no debería de tener fondos sin asignación global, sino que debería de destinarse al pago de las pensiones. En esos términos, tomando esos recursos que se han acumulado, los cuales financiarían el año 2015 y lo que resta se trasladaría para el año 2016, la Dirección Actuarial calcula que el costo, para poder atender el escenario dos, es un 80% de la inflación al año 2014, sería de alrededor de cuatro mil seiscientos millones de colones para el año 2016. Por otra parte, mediante un oficio firmado por el señor Ministro de Trabajo, se compromete a incorporar los cuatro mil seiscientos millones de colones, como producto de la liquidación presupuestaria del año 2015 del FODESAF, que estaría disponible en el mes de marzo del año 2016. Si se analiza el comportamiento de la pensión mínima, que a ese aspecto llama el artículo 10° del Reglamento del IVM, que no debe de superar 1.5 veces multiplicado por 1.5% la pensión mínima, se determina que en el año 2009, estuvo muy cerca la relación, es decir, entre más se acerca al 1.5% y si está por debajo de 1.5%, se estaría incumpliendo con el Reglamento, pero si está por encima del 1.5% se está cumpliendo el Reglamento. En el año 2009, la pensión estuvo muy cercana al 1.5%, pero esa relación se comenzó a ensanchar. La diferencia entre la pensión mínima de IVM y la del RNC empezó a ensancharse y a hoy es un 1.73%, con el incremento de tres mil colones se estaría acercando otra vez y volviendo a acercarse al 1.5% a 1.66%, pero siempre se estaría cumpliendo con lo que establece el Reglamento, que no debe superar el 1.5 veces la pensión del RNC con la mínima de IVM. Dentro de las consideraciones, alrededor de esta propuesta se plantea: 1) Que la propuesta de incremento se sustente en los recursos acumulados que tiene el Régimen no Contributivo y que la Junta Directiva ha llamado la atención, porque se ha determinado que en las liquidaciones presupuestarias, hay fondos en asignaciones globales que son como producto de la relación ingresos y gastos, donde los gastos han sido inferiores y los ingresos han sido mayores. Además, se sustenta en los recursos adicionales para el ejercicio del año 2016, la cuantía de cuatro mil seiscientos millones de colones que se estaría enviando el Ministerio de trabajo y dado los dos escenarios, se recomienda incrementar el monto de las pensiones del Régimen no Contributivo, en tres mil colones y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 10° del Reglamento del RNC, el monto propuesto de pensión se ajusta a lo establecido en él y procede a leer la propuesta de acuerdo.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que por cuestión de forma, en la consideración número dos, se indique que dados los dos escenarios, se recomienda incrementar el monto de la pensión del Régimen no Contributivo en un monto de tres mil colones, incluir a partir de una determinada fecha porque, normalmente, las consideraciones son los antecedentes del acuerdo.

Respecto de una inquietud de la Directora Soto Hernández, indica el Ing. Ubaldo Carrillo que para el pago del aumento, el RNC cuenta con los recursos en este momento pagaderos al año 2015, inclusive, la Junta Directiva conoció una modificación externa donde se incorporaron recursos para lograr pagar un, eventual, aumento. Con los recursos que se tiene se puede realizar el pago correspondiente al gasto del año 2015. Para el año 2016, es necesario fortalecer el presupuesto en cuatro mil seiscientos millones de colones y es a lo que se ha comprometido FODESAF, de manera que en el mes de marzo del año 2016, estarían ingresando esos recursos a la Caja. Por otra parte, para los meses de enero y febrero del año 2016, la Institución tiene recursos para hacer los pagos correspondientes a esos meses

Pregunta el licenciado Gutiérrez Jiménez si la Institución tiene la capacidad, para cubrir esos meses y no tiene que esperar a que el FODESAF, traslade esos recursos y lo indica para que quede constando en actas.

Responde la señora Presidenta Ejecutiva que la Institución tiene los recursos necesarios para realizar esos pagos. Repite, la Caja tiene fondos trasladados del FODESAF para el RNC, para realizar el pago del aumento para los meses de octubre, noviembre y diciembre de este año; además, para los meses de enero y febrero del año 2016. El Ministerio de Trabajo, quien es el Rector de FODESAF, se ha comprometido a pagar los recursos necesarios, a partir del mes de marzo del año 2016 y, subsecuentemente, porque ese fue el cuidado que se tuvo y existe un documento formal de ese compromiso, firmado por el señor Ministro de Trabajo.

A solicitud del Director Gutiérrez Jiménez se le suministra la nota del señor Ministro de Trabajo, respecto del compromiso de pago del aumento de la pensión del RNC.

Respecto de una inquietud del Director Loría Chaves, señala el Ing. Carrillo Cubillo que la modificación presupuestaria que se presentó hace unos días, era por un monto de mil ochocientos millones de colones, que se requieren para el pago de pensiones de este año y los ochocientos millones de colones para realizar el pago de pensiones de inicio del año 2016.

Abona el Gerente de Pensiones que el Estado honra los compromisos, incluso, de todo el costo del programa.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, porque se podría interpretar que es una obligación del Estado, porque en la nota no se indica que es un compromiso, el pago del aumento de las pensiones del RNC; es decir, no se indica que es a partir del mes de marzo del año 2016. En esos términos, le solicita a la señora Presidenta Ejecutiva poder leer el oficio: *“me dirijo a usted en relación con su oficio de fecha 07 de octubre pasado, relativo a la solicitud de aumento del monto de las pensiones del Régimen no Contributivo, financiado por FODESAF y, en particular, de cuatro mil seiscientos millones de colones para el año 2016, orientados a reponer parte de la inflación reportada desde el último incremento en julio del año 2013. En ese sentido, me permito comunicarle la disposición de este Despacho de destinar ese monto al mencionado programa, de los recursos provenientes del superávit del fondo del año 2015 que estará disponible en el mes de marzo del año próximo”*. Al respecto, indica don Adolfo que la nota no hace el señalamiento que indica don Ubaldo Carrillo, por lo que le parece que ese compromiso se debería tener por escrito, es decir, lo que indica es que hay cuatro mil seiscientos millones de colones del año 2015, está de acuerdo que se lo apliquen para esos efectos, pero le gustaría tener el compromiso y conocer cuándo y cómo van a seguir pagando. Entiende lo que se indica, en términos de que es una obligación del Estado, pero como se está haciendo algo nuevo dentro de esos aspectos que es hacer el aumento. Le parece que es importante que la documentación quede suficientemente clara, para que el acuerdo del aumento de las pensiones se tome basado en un compromiso.

Interviene don José Luis Loría e indica que esa última frase, se indica que los recursos estarán disponibles, le parece que es un compromiso.

Nuevamente don Adolfo hace lectura de la nota: “en ese sentido, me permito comunicarles la disposición de este Despacho de destinar ese monto al mencionado Programa, de los recursos provenientes del superávit del año 2015 que estará disponible, en el mes de marzo del año próximo”. Le gustaría más claridad del oficio.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que en esos términos, tal vez el tema está sobreentendido, probablemente, porque esas autoridades son, prácticamente, los administradores de ese Fondo y que los recursos vienen de FODESAF. Le parece en ese sentido, para reforzar el tema se indique en el acuerdo.

El Director Gutiérrez Jiménez propone que se pida una nota al señor Ministro de Trabajo.

Al respecto, señala doña Mayra Soto que esa petición no es distinguida.

A la señora Presidenta Ejecutiva le parece que el acuerdo está tomado por el Ministerio de Trabajo y le indica a don Adolfo que dado que manifiesta que no está satisfecho con esa nota, y quiere algo más expreso del Ministro, en ese sentido, tal vez en el acuerdo se puede redactar la propuesta del acuerdo, en términos de que se indique “y se le informa al Ministro de ese acuerdo y de ese compromiso”.

Respecto de una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez, tendiente a conocer quién es el que tiene que pagar ese aumento de la pensión del RNC, responde la doctora Rocío Sáenz que FODESAF.

Consulta el Director Gutiérrez Jiménez por qué razón, no puede quedar el acuerdo condicionado a que el FODESAF pague.

La doctora Sáenz Madrigal señala que cuando se utiliza el tema de condicionado, se refiere a la disponibilidad de los recursos, porque el tema no es jurídico.

El Director Barrantes Muñoz indica que en la parte del acuerdo, él incorporaría el oficio de manera que quede un antecedente para el acuerdo.

Agrega la señora Presidenta Ejecutiva que, además, se le comunica al Ministerio de Trabajo.

Indica don Adolfo Gutiérrez que además, agregaría en el oficio que el Ministerio de Trabajo se compromete a la disponibilidad de los fondos.

Abona la doctora Sáenz Madrigal que así lo hará el Ministerio de Trabajo, en el mes de marzo del año 2016 y una vez que esté el acuerdo se le comunica al señor Ministro de Trabajo.

Agrega el licenciado Gutiérrez Jiménez que en el acuerdo se indique que tomando en cuenta la disposición de los recursos y el compromiso de Ministerio de Trabajo y se le comunica lo acordado por la Junta Directiva.

El señor Loría Chaves indica que está de acuerdo con la propuesta y con esa observación.

**Por lo tanto**, se tiene a la vista el oficio N° GP-50.131-15, de fecha 21 de octubre del presente año, que firma el Gerente de Pensiones, que contiene la propuesta de incremento a las pensiones en curso de pago del Programa Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico que, en adelante, se transcribe, en lo conducente:

“El artículo 10° del Reglamento del Programa Régimen No Contributivo de Pensiones establece lo siguiente en relación a las variaciones al monto de las pensiones:

*“Artículo 10° DE LAS VARIACIONES AL MONTO DE LAS PENSIONES*

*La Junta Directiva de la Caja, de acuerdo con los estudios técnicos respectivos y la asignación presupuestaria vigente, podrá acordar en cualquier momento la variación de las cuantías que se otorgan en el Programa Régimen no Contributivo.*

*El monto de la pensión ordinaria del Régimen No Contributivo de Pensiones multiplicado por 1,5 no debe ser mayor al monto de la pensión mínima del Régimen del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.*

*La pensión básica de quienes se encuentren en situación de extrema pobreza no deberá ser inferior a un cincuenta por ciento (50%), de la pensión mínima otorgada por vejez dentro del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja.*

*Lo anterior, de acuerdo con la disponibilidad de recursos y las políticas de cobertura del Gobierno”.*

Actualmente, el monto de las pensiones de este régimen es de ¢75.000,00 conforme lo dispuesto por la Junta Directiva en el artículo 21° de la sesión N° 8647, celebrada el 27 de junio del año 2013, que literalmente reza:

“... la Junta Directiva **ACUERDA** revalorizar las pensiones en curso de pago del Programa Régimen no Contributivo por Monto Básico de ¢72.000 (setenta y dos mil colones) a ¢75.000,00 (setenta y cinco mil colones), a partir del mes de julio del año 2013.

(...)”.

Aunado a lo anterior, la Junta Directiva en el artículo 10° de la sesión N° 8781 celebrada el 08 de junio del 2015 aprobó el “Informe de ejecución presupuestaria del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico a marzo del año 2015”. En dicho acuerdo se dispuso adicionalmente lo siguiente:

*“ACUERDO SEGUNDO: solicitar a la Gerencia de Pensiones, en relación con el monto de las pensiones del Régimen No Contributivo, que se construyan y presenten a este órgano colegiado escenarios para incrementar el monto de esa pensión”*

A efecto de atender lo instruido, se solicitó a la Dirección Actuarial y Económica y a la Dirección Administración de Pensiones el análisis técnico y legal del tema y la presentación conjunta de los escenarios requeridos.

Mediante oficio DAE-480-15 la Dirección Actuarial y Económica expone los escenarios para determinar el aumento en el monto de la pensión promedio ordinaria del Régimen No Contributivo.

Conocidas las propuestas presentadas por la Dirección Actuarial y Económica se solicitó a la Dirección Administración de Pensiones la coordinación correspondiente con la Dirección de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares para la determinación que técnica, financiera y legalmente.

Así las cosas, en nota DAP-1503-2015 de fecha 20 de octubre del 2015, la Dirección Administración de Pensiones señala lo siguiente:

“(…)

*Con el propósito de analizar la posibilidad de ajustar el monto de dichos beneficios y tomando como referencia que el financiamiento del Programa proviene en su mayoría del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, el señor Ministro Carlos Alvarado Quesada coordinó una sesión de trabajo para analizar el tema, donde participaron la Licda. Amparo Pacheco Oreamuno, el señor Ministro y por la CCSS la Licda. Patricia Sánchez Bolaños, Jefe del Área de Gestión Pensiones RNC y el suscrito.*

*Como resultado de la sesión de trabajo y luego de analizar distintos escenarios de aumento, la Licda. Pacheco Oreamuno concluyó que dada la situación actual del FODESAF, el máximo esfuerzo que podría realizar para financiar un incremento a las pensiones no podría ser superior a 3.000,00 colones, es decir, que partir de octubre 2015 el monto de la pensión pase de 75.000,00 a 78.000 colones, aumento que equivale a un 78% de la inflación correspondiente al año 2014.*

*Así las cosas, se solicitó al Lic. Luis Guillermo López Vargas valorar un incremento a las pensiones en curso de pago del Régimen No Contributivo, equivalente a ¢3.000,00, indicando mediante oficio DAE-0814-15 (ver anexo) lo siguiente:*

*“Los resultados obtenidos en esta estimación, señalan que para el año 2016 se requiere de aproximadamente ¢4.600 millones adicionales, para lograr el adecuado financiamiento del beneficio propuesto. En la proyección de egresos a esta fecha, se han ajustado algunos de los datos que se presentaron en la estimación DAE-0480 al que usted hace referencia, principalmente en los siguientes aspectos:*

- 1. Oficio DMT -611-2015 de la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares con la comunicación de la asignación de presupuesto del 2016 para el Programa del Régimen No Contributivo.*

2. *Estimación de recursos de periodos anteriores del año 2015 por aproximadamente ₡3.000 millones. (Se registran como Asignaciones Globales, dentro de la estimación del Presupuesto de Ingresos y Egresos del RNC para el período 2015).*
3. *Se ajusta el cálculo del aguinaldo para el Programa de Pensiones Ordinarias como un doceavo.*
4. *Los gastos administrativos que se calculan dentro del total de gastos de operación, tanto para el año 2015 como para el año 2016, los cuales crecen únicamente por la estimación de inflación, la cual se ha hecho considerando la meta anual del Banco Central de Costa Rica (4%+-1).*
5. *La propuesta de incrementar la pensión promedio del Programa Ordinarias de ₡75.000 a ₡78.000 es acorde con lo establecido en el artículo 10° del Reglamento del Programa del Régimen No Contributivo, en tanto que el monto de la pensión multiplicado por 1,5 no supere la pensión mínima del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.*
6. *El cálculo de lo que debe ser el monto por concepto de Reserva de Contingencia, según artículo 25° del Reglamento, se incorpora como ajuste al monto que ya ha sido contabilizado en el Balance de Situación Comparativo al 31 de diciembre 2014, por ₡2.168 millones.”*

*Por otra parte, mediante oficio DMT-1101-2015, el señor Ministro de Trabajo, Víctor Morales Mora, manifiesta que los recursos necesarios para fortalecer el presupuesto 2016 del Régimen No Contributivo (4.600 millones de colones estimados por la Dirección Actuarial), se financiarán con el superávit del Fondo 2015, que estará disponible en el mes de marzo del próximo año (ver anexo )”.*

Finalmente, dicha dirección emite la siguiente recomendación:

“(…)

*Así las cosas, de acuerdo con el análisis técnico realizado por la Dirección Actuarial y Económica (oficio DAE-0814-15), lo indicado por el señor Ministro de Trabajo, Víctor Morales Mora (oficio DMT-1101-2015), y teniendo a la vista lo que dispone el artículo 10° del Reglamento del Programa Régimen No Contributivo de Pensiones, **esta Dirección Administración de Pensiones recomienda a la Gerencia de Pensiones, someter a aprobación de la Junta Directiva un incremento de 3.000,00 colones a las pensiones en curso de pago del Programa Régimen No Contributivo por Monto Básico, lo cual permitiría pasar de una pensión de 75.000 a 78.000 colones a partir del 01 de octubre 2015.** (la negrita no corresponde al original)*

Con fundamento en lo expuesto, y dada la recomendación emitida por la Dirección Administración de Pensiones, de manera respetuosa se sugiere a esa estimable Junta Directiva acoger la siguiente propuesta de acuerdo ...”.

así como la comunicación del 20 de octubre del presente año, número DMT-1101-2015, suscrita por el señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social, que ha sido dirigida al Gerente de Pensiones, licenciado Jaime Barrantes Espinoza, y se lee en los siguientes términos:

*“Me dirijo a usted en relación con su oficio GP-30-449-2015 de fecha 07 de octubre pasado, relativo a la solicitud de aumento del monto de las pensiones del Programa Régimen no Contributivo, financiado por el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), y en particular de los 4.600 millones de colones, para el 2016, orientados a reponer parte de la inflación reportada desde el último incremento, en julio del 2013.*

*En ese sentido, me permito comunicarle la disposición de este Despacho de destinar ese monto al mencionado programa, de los recursos provenientes del fondo 2015, que estará disponible en el mes de marzo del año próximo”*,

habiéndose hecho la respectiva presentación por parte del ingeniero Ubaldo Carrillo Cubillo, Director de Administración de Pensiones, dado el análisis técnico efectuado por la Dirección Actuarial y Económica contenido en el oficio número DAE-814-15 del 30 de setiembre del año 2015, lo expuesto por la Dirección Administración de Pensiones en la nota número DAP-1503-2015 del 20 de octubre del año 2015 y con base en la recomendación de la Gerencia de Pensiones en la referida nota número GP-50.131-15, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** revalorizar las pensiones en curso de pago del Programa Régimen no Contributivo por Monto Básico de ¢75.000 (setenta y cinco mil colones) a ¢78.000,00 (setenta y ocho mil colones), a partir del 01 de octubre del año 2015.

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

El ingeniero Carrillo Cubillo se retira del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el licenciado José Alberto Acuña Ulate, Director de la Dirección Administrativa Financiera de la Gerencia de Pensiones, y la licenciada Rebeca Watson Porta, Asistente de la citada Dirección.

## **ARTICULO 22°**

Se tiene a la vista el oficio N° GP-30.035-15, fechado 22 de setiembre del año 2015, firmado por el Gerente de Pensiones, que contiene el informe de gestiones de cobro en relación con el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.

La presentación está a cargo de la licenciada Watson Porta, con base en las siguientes láminas:

- i) Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia de Pensiones  
Informe sobre gestiones de Cobro en relación con el Artículo 78 de la LPT.

ii) Ley de Protección al Trabajador  
Ley N° 7983

- “ARTÍCULO 78.- Recursos para el fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Establécese una contribución hasta del quince por ciento (15%) de las utilidades de las empresas públicas del Estado, con el propósito de fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS, en cuanto a su financiamiento y para universalizar la cobertura de la CCSS a los sectores de trabajadores no asalariados en condiciones de pobreza. El monto de la contribución será establecido por el Poder Ejecutivo, según la recomendación que realizará la CCSS conforme a los estudios actuariales”.

iii)

### Decreto Ejecutivo 37127-MTSS 29 de mayo del 2012

Fijación del porcentaje en forma gradual sobre las utilidades que las empresas públicas del estado que deben aportar para fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social.



iv)

### Recaudación de recursos artículo 78 LPT Cierres económicos 2013-2014



Institución	Monto calculado 2013	Monto recaudado 2013	Monto calculado 2014	Monto Recaudado 2014	Monto total adeudado <sup>(1)</sup>
Correos CR	37.05	37.05	67.11	46.93	20.18
RECOPE	556.07	(2)	1,006.52	(3)	1,562.59
SINART	(2)	(2)	12.22	12.22	(3)
INCOFER	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
INS	2,753.60	(2)	4,206.36	(2)	6,959.96
Editorial CR	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
ICE	1,690.05	(3)	(2)	(2)	1,690.05
BNCR	1,307.20	1,300.98	3,179.95	1,939.69	1,246.48 <sup>(4)</sup>
BCR	2,489.73	1,616.09	2,265.87	1,195.82	1,943.67 <sup>(4)</sup>
BCAC	178.13	175.33	71.69	68.74	5.75 <sup>(4)</sup>
INCOP	(2)	(2)	0.08	0.08	(3)
<b>TOTAL</b>	<b>9,011.82</b>	<b>3,129.45</b>	<b>10,809.80</b>	<b>3,263.49</b>	<b>13,428.68</b>

1 Los montos adeudados no contemplan intereses, a la fecha de cobro se calculan con la Tasa Interés Tributario  
2 Reporte pérdidas  
3 No pagó  
4 Pagó sobre utilidades netas  
5 Pagó el monto indicado

v)

## Recaudación de recursos artículo 78 LPT Cierres económicos 2013-2014



Institución	Monto calculado	Monto Recaudado	Monto adeudado
Correos CR	104.15	83.98	20.18
RECOPE	1,562.59	NP	1,562.59
SINART	12.22	12.22	-
INCOFER	RP	-	-
INS	6,959.96	NP	6,959.96
Editorial CR	RP	-	-
ICE	1,690.05	NP	1,690.05
BNCR	4,487.15	3,240.67	1,246.48
BCR	4,755.59	2,811.92	1,943.67
BCAC	249.82	244.07	5.75
INCOP	0.08	0.08	-
<b>TOTAL</b>	<b>19,821.62</b>	<b>6,392.94</b>	<b>13,428.68</b>

RP: Reportó Pérdidas  
 NP: No pagó  
 Monto adeudado: Pago con cálculo sobre utilidades netas

vi)

### Acciones llevadas a cabo

- 

Comunicados de cobros administrativo a la diferentes empresas públicas.
- 

Establecimiento por parte de la Gerencia de Pensiones de un fondo específico, para mantener los recursos del art.78 LPT, en apego acuerdo de Junta Directiva artículo 25, sesión 8765 del 26/02/2015.
- 

Insistencia por parte de la Administración para que procedan con la remisión de la información.
- 

La Dirección Jurídica informó respecto de la actualización de la información sobre los procesos judiciales en relación a la aplicación del Artículo 78 LPT
- 

Se ha certificado la deuda de las empresas públicas morosas y se están realizando las acciones para proceder con el cobro judicial

vii)

### Empresas públicas amparadas a procesos judiciales

Actor	Estado
Acción de inconstitucionalidad BNCR, BCR y BCAC.	Fue rechazada por el fondo, 10 de setiembre 2014.
Proceso de conocimiento ante el Tribunal Contencioso Administrativo interpuesta BNCR, BCR y BCAC	Audiencia preliminar programada para el 21 de setiembre 2015, donde la CCSS es parte, la cual según informe de la Dirección Jurídica, se suspendió por ampliación de la demanda por parte de los Bancos la cual no ha sido notificada la CCSS.
Acción de inconstitucionalidad en contra de la Ley de INS, en virtud de lo establecido en el art. 78 LPT	Se declara sin lugar la acción planteada RN-2015-22078 de fecha 22-07-2015. Los Magistrados Armijo y Cruz salvan el voto y declaran inconstitucional la norma impugnada por vicios de procedimiento tal y como lo hicieron en el voto N° 2008-10450.
RECOPE, ICE	No pago hasta que se resuelva en sede judicial

- BNCR, BCR, BCAC, INS, ICE han objetado el cobro en aplicación al art 78 LPT.
- RECOPE, señalan que se sujetará hasta tanto se resuelvan los procesos judiciales.
- Recientemente CORREOS CR ha señalado que pagará sobre Utilidades Netas

viii)

### CONCLUSIÓN



Se realizó el procedimiento respectivo para el registro del fondo específico de los recursos provenientes del artículo 78 LPT



Se efectuará la consulta a la Dirección Jurídica respecto del actuar de la Administración ante el rechazo a la acción de inconstitucionalidad del INS.



Se continuarán con las acciones cobratorias a nivel judicial para las empresas públicas morosas.

ix) Propuesta de acuerdo:

- *La Junta Directiva ACUERDA: Dar por conocido el oficio GP-28.956-15 suscrito por el Gerente de Pensiones, que contiene el "Informe de recaudación y cobro en relación con el Artículo 78 de la LPT" a octubre 2015.*

Respecto del informe de gestiones de cobro en relación con el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador (LPT) al Director Gutiérrez Jiménez, le parece que se debe promover una modificación de esa Ley, de tal manera que su espíritu tenga sentido, es decir, el espíritu era que todas las entidades de este tipo participaran del pago, independientemente, que algún aspecto no quedó claro o que existe un elemento jurídico, en el que se basen las empresas para no

pagar. En esos términos, cree que con ese antecedente, se podría plantear un proyecto de ley ante el Órgano Legislativo.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que es el tema que se va a presentar hoy.

La Licda. Watson Porta señala que el monto aproximado, por concepto del pago de las empresas públicas de servicios del Estado, son veinte mil millones de colones, de los cuales se han recaudado seis mil trescientos noventa y dos millones de colones, quedando un total adeudado de trece mil cuatrocientos veintiocho millones de colones. De las acciones llevadas a cabo por parte de la administración en este año, mediante los comunicados de cobro administrativo a las diferentes empresas públicas, el Banco Nacional de Costa Rica, este año procedió a pagar parte de lo que debía del año 2013, ese es un elemento positivo. El establecimiento por parte de la Gerencia de Pensiones del Fondo específico tal y como le fue requerido, en el acuerdo de la Junta Directiva del 26 de febrero del año 2015, se estableció y los recursos están siendo invertidos.

Pregunta el Director Loría Chaves si ese fondo que se abrió, a partir del acuerdo de la Junta Directiva y si contiene los fondos a partir de esa fecha o todo recaudado.

La licenciada Watson Porta responde que todo lo recaudado, tanto para el año 2013 como para el año 2014. Además, ha habido una insistencia por parte de la administración, para que se proceda con la remisión de la información, porque se ha dificultado esa parte, en términos de que se remita la información, con base en los estados financieros auditados. Recientemente, la Dirección Jurídica informó respecto de la actualización de la información, sobre los procesos judiciales, en cuanto a la aplicación al artículo 78° de la LPT y se procedió a realizar la certificación de la deuda, de cada una de las empresas públicas morosas y se están realizando las gestiones de cobro judicial.

Interviene el Gerente de Pensiones y señala que la gestión, estaría en la línea con lo aprobado por la Junta Directiva y reforzar todo el tema de acción de cobro, correspondiente al artículo 78° de la LPT.

El Director Fallas Camacho pregunta si esa deuda de los trece mil millones de colones, se está contabilizando como deuda y, además, se está proyectando el pago de intereses.

Continúa la Licda. Watson y señala que con base en los procesos judiciales que están pendientes de atención, respecto de la aplicación del artículo 78° de la LPT, se tiene una acción de inconstitucionalidad establecida por el banco estatal y fue rechazada por el fondo el 10 de setiembre del año 2014 y sobre ese proceso, no se tiene alguna gestión que haya sido notificada. Con respecto del proceso contencioso ante el Tribunal Contencioso Administrativo, interpuesto por los bancos estatales, se tenía una audiencia preliminar, programada para el 21 de setiembre de este año y se suspendió, por una ampliación de la demanda, que fue realizada por parte de los bancos, sin embargo, a la fecha no ha sido notificada.

En este caso de los bancos públicos, refiere el señor Loría Chaves que están regulados por la Superintendencia General de Entidades Financieras (SUGEF) y la Superintendencia de Pensiones (SUPEN), es un ente regulador también, pregunta si se ha hecho una gestión con la SUPEN, porque como es el ente regulador de las pensiones y los bancos son regulados, cuál es el

papel que desempeña la SUPEN para apoyar a la Caja en el cobro. Además, le parece que la SUPEN tiene que cumplir con la Ley de los trabajadores.

Al respecto, la Licda. Watson indica que sería importante rescatar, que para el caso de la Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE), la Autoridad Reguladora de Servicios Públicos (ARESEP), se estuvo consultado de la deuda propiamente que tenía RECOPE, pero no ha pagado. Por otra parte, las empresas se han pronunciado en términos de que no pagarán, hasta tanto no se resuelva el caso en Sede Judicial. Continúa y señala que, además, se tiene una acción de inconstitucionalidad en contra de la Ley del Instituto Nacional de Seguros (INS), en virtud de lo establecido en el artículo 78° de la LPT y la acción planteada, fue declarada sin lugar mediante la Resolución RN-2015-22078 de fecha del 22 de julio del año 2015. Los Magistrados Armijo y Cruz salvan el voto y declaran inconstitucional, la Norma impugnada por vicios de procedimiento, tal y como lo hicieron en el voto del año 2008-10450.

En cuanto a la redacción, señala don José Luis Loría que está mal redactado, porque Armijo y Cruz salvan el voto y los que declaran inconstitucional, son los otros Magistrados, no son ellos.

Aclara la licenciada Watson que los demás Magistrados, porque los otros Magistrados declaran la acción sin lugar.

Comenta el Director Loria Chaves que el sustento que hace la Sala Cuarta, con este Voto lo hace en función de la nueva Ley que cubre al INS, con la protección de los mercados. Entiende que el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), también tiene una nueva Ley, producto de la apertura de los seguros, en ese sentido, le preocupa que se produzca una homologación con el tema del ICE y pregunta si se han valorado esos aspectos. Repite, que tanto el fallo de la Sala Constitucional, con respecto del tema del INS, el argumento fundamental es que la Ley de Apertura de Seguros, es la que hace que el INS no esté cubierto por la obligación del artículo 78° de la LPT, como hay otra Ley de apertura que incluye al ICE.

El Lic. Acuña Ulate responde que con el INS hay una situación por estudiar y, en ese sentido, se requiere un estudio de la Dirección Jurídica de la Caja. Inicialmente, había una acción de inconstitucionalidad interpuesta por el Diputado Villalta, en la que se indicaba que ese artículo de la Ley del INS, era inconstitucional y la Sala Constitucional, falló indicando que el artículo de esa Ley es constitucional o que realmente, no se determinaban roces con la Constitución Política. Además, hay un criterio de la Dirección Jurídica y, específicamente, el abogado Guillermo Mata en diferentes momentos, ha sostenido que el INS legalmente debe contribuir y no se fundamentaba, en constitucionalidad sino en la legalidad, dado una serie de argumentos que fueron expuestos por el Lic. Mata y cree que en ese sentido, es la tarea que se tiene que hacer y se le va a pedir a la Dirección Jurídica que analice el tema, para determinar cómo afectó esa posición y si aún existe y sostiene desde el punto de vista legal esa posición, aun con ese fallo de la Sala Constitucional. En esos términos, se le estaría solicitando a la Dirección Jurídica que analice el tema, para que la Junta Directiva sea asesorada, en si se continúa con la gestión de cobro o no. Aclara que lo menciona por una situación que le preocupa mucho y la Auditoría ha tenido mucha cautela, porque la Contraloría General de la República, ha insistido en que los estados financieros, reflejen una situación lo más normal posible y si se continúa registrando deudas que al final, por una u otra razón, no se van a poder recuperar, lo que se van a tener son estados financieros por deudas por cobrar muy infladas, que les van a producir distorsiones y,

posiblemente, con muy pocas posibilidades. En este momento, con la aplicación del 5% a las empresas pública y de servicios, se tiene registrada una deuda por treces mil millones de colones, bajo dos argumentos, porque hay instituciones que deben, las cuales se niegan a pagar y el segundo, es porque el cobro es sobre utilidades brutas y la mayoría indican que son utilidades netas. La preocupa porque si en este momento con la aplicación del cobro del 5%, la deuda en dos años está en trece mil millones de colones y si se proyecta al año 2018, cuando la aplicación del cobro es del 15%, esa deuda por año o por cada dos años se va a triplicar, es decir, se van a tener deudas registradas por año por alrededor de cincuenta mil millones de colones. Dado que se determina que la resolución de esos juicios se van a alargar por un tiempo, se van a tener en los estados financieros, registradas deudas exorbitantes que van a distorsionar las razones financieras de la Institución.

La doctora Sáenz Madrigal consulta si la tesis de la Caja, es en el sentido de que el cobro del 5%, se realice sobre las utilidades brutas y las empresas indican que el cobro se debe realizar sobre las utilidades netas y por esa razón han planteado un juicio. Esa pregunta es en razón de lo que está indicando don José Alberto Acuña, es decir, que esas empresas no se están oponiendo a pagar, sino al monto que se está cobrando. Señala que su posición es que se les cobre lo que indican y esperar a que se resuelva el juicio, para que se determine cuánto más deben pagar. Reitera, que se discuta en juicio la diferencia, porque no están indicando que no pagan, sino que no están de acuerdo en el monto que se les está cobrando.

Interviene el Gerente de Pensiones y señala que el detalle es que si a esas empresas se les cobra con base en la utilidades netas, se les tendría que cobrar de esa manera a las otras empresas.

Al respecto, indica la señora Presidenta Ejecutiva que se les cobraría de esa manera, solo a las empresas que tienen planteado el juicio.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que su posición es que el cobro se realice sobre las utilidades netas, no está indicando que es lo correcto, pero mientras tanto, se les indica que paguen lo que señalan que tiene que pagar y, cuando se resuelve la controversia, si corresponde pagan lo adeuda, porque en este caso sería un pago parcial.

Señala la doctora Sáenz Madrigal que el tema se tendría que analizar si jurídicamente procede, porque lo que se está teniendo es el registro de un elevado monto en cuentas por cobrar y se desconoce si se van a lograr cobrar. Repite, las empresas no han indicado, explícitamente que no pagan, pero jurídicamente lo que han planteado es la discusión sobre el monto. Ahora, el pago de la diferencia sería cuando el juicio se resuelva.

Respecto de una pregunta de la Dra. Sáenz Madrigal, responde la Licda. Watson Porta que ni RECOPE ni el ICE, han pagado.

En relación con el tema de las utilidades, el Lic. Acuña Ulate comenta que en realidad, la Institución no se había preguntado al respecto y él había asumido que el cobro era sobre las utilidades, y en las utilidades de un estado financiero, generalmente, se determinan restándole a las utilidades brutas los impuestos y el resultado son las utilidades netas. En el año 2013 en una reunión se hizo referencia del asunto, en términos de si el cobro del 5% se realizaba sobre las utilidades brutas o utilidades netas, en esos términos se hizo la consulta a la Dirección Jurídica y

trabajó con la parte jurídica de pensiones y el dictamen indica que es sobre utilidades brutas y mientras ese criterio esté emitido en ese sentido, la administración tiene que cobrar sobre las utilidades brutas, porque así está establecido en el criterio institucional. Los bancos en un principio no querían pagar, porque indicaban que el cobro era inconstitucional, pero la Sala Constitucional emitió el Voto en el que indicó ese cobro era constitucional. Ahora, la discusión se centró en la parte de si el cobro se realiza sobre utilidades netas o brutas, los bancos están pagando sobre las utilidades netas y los que les quedan son las utilidades brutas y la diferencia no es mucha. Si se produce un problema de concepto y de montos en lo que pagan y lo que se debe cobrar, está en las otras instituciones del Estado. Definir los temas del ICE y del INS, tienen suficiente argumento jurídico y, en ese sentido, se tiene que continuar para que se la situación se determine en un juicio, para que se defina si realmente deben cancelar. Ese es el tema significativo que se tiene por resolver, de acuerdo con la aplicación del artículo 78° de la LPT.

Sobre el particular, le indica la doctora Sáenz Madrigal a don José Alberto, que él estuvo con ella en la reunión con los funcionarios de RECOPE y su posición es distinta.

Al respecto, apunta el Lic. Acuña que esa posición no es aceptable desde todo punto de vista y en ese sentido, le parece que jurídicamente no tienen la razón, porque lo que plantean es que cuando tienen utilidades, contrario a lo que habían indicado que no tenían, pero en la reunión tenían los estados financieros y se determinaba que si las tenían y muy elevadas de alrededor de treinta mil millones de colones. Sin embargo, indican que con esas utilidades, lo que hacen es crear reservas para los próximos años. No obstante, la Ley estableció que sobre de esas utilidades se tenía que pagar una determinada cantidad de dinero y esa es una parte más de la distribución de esas utilidades y así se lo hicieron notar, tanto él como la doctora Sáenz, en el sentido de que desde la posición de la Caja, RECOPE (Refinadora Costarricense de Petróleo) tiene que pagar. Cree que en el caso de esa institución, las acciones legales pueden fructificar, porque la Institución tiene un robusto argumento. En cuanto al asunto del INS, le parece que la Dirección Jurídica tiene que revisar el tema y se está trasladando para que se determine la fortaleza de los argumentos jurídicos que tiene la Caja, para continuar con la parte de cobro judicial y con el registro.

Continúa la Lic. Watson Porta e indica que como conclusión, se realizó el procedimiento para registro del fondo específico de los recursos provenientes del artículo 78° de la LPT. Además, se efectuará la consulta de la Dirección Jurídica respecto del acuerdo de la administración, ante el rechazo de la acción de inconstitucionalidad del INS y se continuará con las acciones cobratorias a nivel judicial, para las empresas públicas morosas y procede a leer la propuesta de acuerdo.

Sobre el particular, el licenciado Gutiérrez Jiménez indica que antes de votar, quiere insistir en que realicen todas las acciones jurídicas que se tengan que hacer. Le produjo mucha satisfacción la participación de don José Alberto Acuña, ayer en la Prensa porque dejó entrever el tema, pero quiere que se tenga la claridad de que no solo es dejarlo entrever, sino que se reaccione en dos sentidos, uno es promover, gestionar y que se sienta la presencia de la Caja en la Asamblea Legislativa, porque quiere observar cuál Diputado se va a oponer al espíritu de la Ley, dado que protege al trabajador, no sea que el ICE y que algunos otros tengan que estar pagando y, dos, que se realicen todas las acciones jurídicas que se tengan que hacer y cuando indica acciones jurídicas, es plantear los juicios que se tengan que plantear a la brevedad posible.

**Por lo tanto**, conocida la información que presenta el señor Gerente de Pensiones, que concuerda con los términos del oficio N° GP-30.035-15 fechado 22 de setiembre del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

*“De manera atenta y para conocimiento de esa estimable Junta Directiva adjunto el oficio DFA-1100-2015 de fecha 05 de agosto del 2015 mediante el cual el Lic. José Alberto Acuña Ulate, Director, Dirección Financiera Administrativa presenta el Informe denominado “Informe de recaudación y cobro en relación con el Artículo 78 de la LPT”, documento que contempla - entre otros aspectos - a las gestiones administrativa de cobro, así como lo relacionado a la recaudación, registro e inversiones”,*

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la licenciada Rebeca Watson Porta, ... de la Dirección Financiera Administrativa de la Gerencia de Pensiones, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** dar por recibido el *“Informe de recaudación y cobro en relación con el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador (LPT)”*.

**Asimismo, se acuerda** solicitar a la Gerencia de Pensiones que, con la asesoría de la Dirección Jurídica, se analice, con la brevedad posible y se presente el informe pertinente a la Junta Directiva, el voto de la Sala Constitucional que corresponde al expediente 12-016271-0007-Co., resolución número 2015-11078 de las diez horas con treinta minutos del veintidós de julio del año dos mil quince, en acción de inconstitucionalidad contra lo dispuesto en el artículo 11° de la Ley del Instituto Nacional de Seguros número 12 del 30 de octubre de 1924, reformada por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

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

Los licenciados Barrantes Espinoza, Acuña Ulate y la licenciada Watson porta se retiran del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 23°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

#### **ARTICULO 24°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-58642-15 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

#### **ARTICULO 25°**

Conforme con lo solicitado en esta sesión (artículo 4°), se presenta el oficio número GMD-SJD-38409-2015, del 22 de octubre del año 2015, firmado por la Gerente Médico, en relación con los términos de contrapartida para el Proyecto de cooperación técnica Costa Rica-Argentina: entrenamiento en materia cardiovascular) perfusión, electrofisiología y sala híbrida).

La doctora Dominicque Guillén Femenías expone los términos de contrapartida para el Proyecto de cooperación técnica Costa Rica-Argentina: entrenamiento en materia cardiovascular perfusión, electrofisiología y sala híbrida. Al respecto, señala que se hizo todo un análisis de la problemática de las enfermedades cardiovasculares, según el abordaje integral tomando en cuenta los tres niveles de atención y lo que corresponde a la parte de la patología cardiovascular y el tratamiento intervencionista. En esa ocasión se trabajó con los hospitales nacionales, se nombró una comisión coordinada por el Hospital México, en este caso el Dr. Ricardo Chacón Bolívar es el Coordinador, el Dr. Brenes, representante del Hospital Calderón Guardia, además, participaron los Hospitales Max Peralta, el de Alajuela, se invitó al Hospital San Juan de Dios, pero no logró participar en este proyecto. Luego de la visita de los especialistas argentinos, los resultados fueron importantes, dado que se tuvo una evaluación sobre el manejo de los pacientes, con patología cardiovascular y las principales problemáticas. Por otra parte, el doctor Ricardo Chacón explicará cómo se está planteando este proyecto para ser llevado a cabo entre ambos países.

El doctor Chacón Bolívar continúa con la presentación, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

- 1) Gerencia Médica  
CENDEISSS  
Propuesta solicitud de aprobación de términos de contrapartida para Proyecto de Cooperación Técnica Costa Rica- Argentina: Entrenamiento en materia cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida).

- 2) Justificación:

La cooperación entre países exitosos en esta materia con otros en vías de desarrollo es fundamental.

El intercambio de experiencias y buenas prácticas recomendadas permitirán el abordaje integral del paciente con patología cardiovascular intervencionista y la aplicación de técnicas intervencionistas.

- 3) Antecedentes:

*El Convenio de Cooperación Científica y Técnica entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Gobierno de la República de Argentina, establece el marco general para la cooperación y plantea que los proyectos u otras formas de cooperación mutua que establezcan los países en atención a temas prioritarios se establecerán por Acuerdos Específicos concertados por la vía diplomática, por lo que el Convenio establece con fines de analizar y promover la implementación del mismo, una Comisión Mixta, que se reunirá cada dos años.*

- *Dentro de los temas de atención prioritarios para establecer proyectos de cooperación se incluían la Hemodinamia, Cirugía Cardiovascular, a Ablación y Trasplantes de órganos (Instituto Nacional Centro Único de Ablación e implante de Argentina-INCUCAI) razón por la cual la CCSS propone los siguientes proyectos como parte del Programa de Cooperación Técnica Costa Rica-Argentina 2013-2015:*

- Fortalecimiento y capacitación del recurso humano que se encargará de laborar en la Sala Híbrida del Hospital México
- Entrenamiento en Perfusión para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital México
- Entrenamiento en electrofisiología/Implante de dispositivos de estimulación cardíaca en el Hospital México
- Entrenamiento en optimización de la atención cardiovascular pediátrica en Costa Rica, Hospital Nacional de Niños.
- Fortalecimiento de proceso de gestión de la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células en Costa Rica
- Capacitación en temas relacionados con gestión, conducción y normalización y trazabilidad del proceso de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en Costa Rica.
- Fortalecimiento y capacitación al recurso humano que se encargado del proceso de procura, identificación de potenciales donadores cadavéricos, así como de mantenimiento cadavérico.
- Fortalecimiento y capacitación en sistemas de información y registro para la gestión y trazabilidad del proceso de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células en Costa Rica.

4) **Temas prioritarios identificados para la cooperación internacional**

- Conocer el Modelo de Gestión del Hospital El Cruce en materia cardiovascular, de tal manera que se pueda recibir asesoría técnica para apoyar o bien reformular el modelo de gestión de la Caja Costarricense del Seguro Social, dadas las ventajas que ha demostrado el modelo argentino en forma histórica.
- Actualizar y desarrollar actividades que fomenten la eficacia de las diferentes especialidades, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Perfusión y Cardiología en su quehacer y en relación a las demandas de dichos servicios por parte de los asegurados costarricenses.
- Visualizar nuevos modelos de atención, que permitan dar una mayor y mejor cobertura al tratamiento de la patología cardiovascular en la Institución.

5)

**Funcionarios(as) propuestos para la misión  
Costa Rica – Argentina**

“Proyecto de Cooperación Técnica Costa Rica- Argentina: Entrenamiento en materia cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida)”

Funcionario	Lugar de Trabajo	Criterio de participación
Dr. Ricardo Chacón Bolívar	Hospital México	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico Asistente Especialista en Cardiología y Medicina de Emergencias.</li> <li>- Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.</li> <li>- Coordinador del Equipo Técnico del Proyecto.</li> <li>- Docente de la Escuela de Medicina y del Programa de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, en las especialidades de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Medicina Extracorpórea.</li> </ul>
Dr. Carlos Brenes Umaña	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico Asistente Especialista en Cardiología, Servicio de Cardiovascular.</li> <li>- Miembro del Equipo Técnico del Proyecto.</li> </ul>

6)



## Requerimientos para el éxito del proyecto

### RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO

La Junta Directiva con base en el oficio GM-SJD-38409-2015 de la Gerencia Médica, acuerda aprobar los siguientes beneficios en el marco del Proyecto de Cooperación Técnica de Costa Rica con Argentina: Entrenamiento en materia cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida), según se detalla a continuación:

Actividad:	Segunda etapa, Proyecto: Entrenamiento en materia cardiovascular, visita al Hospital El Cruce.
Sede:	Hospital El Cruce, Argentina
Fecha de la visita:	02 de noviembre al 06 de noviembre
Funcionarios:	Dr. Ricardo Chacón Bolívar, cédula 1-0832-0470 Dr. Carlos Brenes Umaña, cédula 1-1073-0429
Sede:	Buenos Aires, Argentina
Periodo del PCGS:	1º de noviembre al 07 de noviembre 2015.

7)

Resumen de caso			
Nombre	Lugar de trabajo	Solicitud	Monto de beneficios económicos
Dr. Ricardo Chacón Bolívar	Médico Asistente Especialista en Cardiología y Medicina de Emergencias. Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México.	Aprobación gastos de transporte para que el Dr. Chacón Bolívar, conozca el Modelo de Gestión del Hospital El Cruce en materia cardiovascular, de tal manera que se pueda recibir asesoría técnica para apoyar o bien reformular el modelo de gestión de la Caja Costarricense del Seguro Social, dadas las ventajas que ha demostrado el modelo argentino en forma histórica	<p>Compra o reembolso de tiquete aéreo en la ruta San José-Buenos Aires, Argentina-San José, con un valor por cada persona de hasta US\$2.400,00 (dos mil cuatrocientos dólares), para un total de hasta US\$4.800,00 (cuatro mil ochocientos dólares 00/100).</p> <p>Impuestos de salida de Costa Rica, US\$29,00 para cada uno de los funcionarios, por un total de hasta US\$58 (cincuenta y ocho dólares 00/100).</p> <p>Viáticos reglamentarios de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Gastos de Viaje y de Transporte para funcionarios públicos de la Contraloría General de la República, por siete días del 1º al 07 de noviembre al de 2015, US\$3.150,00 dólares diarios, para un total por cada persona de hasta US\$2.205,00 (dos mil doscientos cinco dólares 00/100). Para un total de hasta US\$4.410,00 (cuatro mil cuatrocientos diez dólares 00/100).</p> <p>Permiso con goce de Salario por siete días del 1º al 07 de noviembre de 2015: - Dr. Ricardo Chacón Bolívar, equivalente a ₡54.949,03.</p>

8)

Resumen de caso			
Nombre	Lugar de trabajo	Solicitud	Monto de beneficios económicos
Dr. Carlos Brenes Umaña	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	Aprobación de gastos para que el Dr. Carlos Brenes, conozca el Modelo de Gestión del Hospital El Cruce en materia cardiovascular, de tal manera que se pueda recibir asesoría técnica para apoyar o bien reformular el modelo de gestión de la Caja Costarricense del Seguro Social, dadas las ventajas que ha demostrado el modelo argentino en forma histórica	<p>Compra o reembolso de tiquete aéreo en la ruta San José-Buenos Aires, Argentina-San José, con un valor por cada persona de hasta US\$2.400,00 (dos mil cuatrocientos dólares), para un total de hasta US\$4.800,00 (cuatro mil ochocientos dólares 00/100).</p> <p>Impuestos de salida de Costa Rica, US\$29,00 para cada uno de los funcionarios, por un total de hasta US\$58 (cincuenta y ocho dólares 00/100).</p> <p>Viáticos reglamentarios de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Gastos de Viaje y de Transporte para funcionarios públicos de la Contraloría General de la República, por siete días del 1º al 07 de noviembre al de 2015, US\$3.150,00 dólares diarios, para un total por cada persona de hasta US\$2.205,00 (dos mil doscientos cinco dólares 00/100). Para un total de hasta US\$4.410,00 (cuatro mil cuatrocientos diez dólares 00/100).</p> <p>Permiso con goce de Salario por siete días del 1º al 07 de noviembre de 2015: - Dr. Carlos Brenes Umaña, equivalente a ₡50.190,63</p>

9)

Cuadro No. 1  
Resumen de costos

Concepto	Monto aproximado en dólares	Monto aproximado en colones
1. Compra o reembolso de los billetes aéreos con un valor aproximado hasta de \$2.400,00 para cada uno.	\$4.800,00	¢2.850.000,00
2. Impuestos de salida Costa Rica US\$29 para cada uno.	\$58,00	¢34.890,00
3. Viáticos reglamentarios \$315 diarios por siete días, para cada uno US\$2.205,00.	\$4.410,00	¢2.646.000,00
4. Permiso con goce de salario: Dr. Ricardo Chacón Bolívar	n/a	¢634.849,03
Dr. Carlos Brenes Umaña	n/a	¢550.190,63
<b>Total</b>	<b>\$9.268,00</b>	<b>¢ 6.735.539,66</b>

Tipo de cambio utilizado ¢600 (seiscientos colones), sin embargo se cancelará el monto correspondiente al tipo de cambio del día de pago.

Las partidas que serán afectadas para hacer frente a la erogación son 2132 Viáticos al Exterior y 2138 Tiquetes Aéreos del CENDEISSS.

Los costos del permiso con goce de salario los asume el Hospital México y el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

En el tanto no se afecte su objetivo, cualquier modificación que resulte necesaria para la ejecución de esta misión podrá ser aprobada directamente por la Gerencia Médica.

El doctor Chacón Bolívar se refiere al citado proyecto y señala que cuando se les encomendó su desarrollo, se les informa que fue planteado en dos partes, una es que los profesionales de Argentina, principalmente, el Hospital El Cruce el cual es un Centro de alta complejidad, en el que técnicamente la Provincia de Argentina deriva todos los casos, correspondientes a la patología cardiovascular. El Hospital se denomina con el nombre del Expresidente de Argentina fallecido Ernesto Quiche. Esos profesionales querían conocer la realidad de los hospitales de la Caja, principalmente, a nivel del Valle Central y, en ese sentido, se hizo un trabajo de campo, principalmente, en los Hospitales de Cartago, Alajuela, Heredia y en el Hospital Nacional de Niños, porque en su momento se hizo una recomendación separada de los tres hospitales nacionales. Observando la realidad de los servicios de cardiología, la existencia o no de unidades coronarias, unidades de recuperación cardíaca y, también, cómo funcionaba los tres servicios de cirugía cardiovascular del país. Con base en esos aspectos, se hizo un primer diagnóstico por parte de estos profesionales y plantearon una serie de falencias que en su momento, consideraron que eran importantes tanto a corto, mediano y largo plazo y en varias aristas. Básicamente, basándose en lo que es la justificación y el proyecto marco que se tenía concebido era basado en varias aristas, en términos de qué se va a hacer con la lista de espera que se tenía, con base en aspectos que se determinaron que el Hospital México, se tenía una lista de espera de 500 pacientes para Cirugía Cardíaca. El Hospital Calderón Guardia una lista similar y el Hospital San Juan de Dios tenía, en aquel momento tenía, por ejemplo, diez pacientes en la lista de espera. Además, se analizó la distribución de las camas de terapia intensiva y la productividad de cada servicio, por los diferentes niveles de complejidad quirúrgica y cardíaca que se tenía. Aparte de esos aspectos, también de una adecuada utilización de las unidades coronarias y de las unidades de Hemodinamia. Una vez realizado todo ese trabajo de campo, se elaboró un diagnóstico donde, eventualmente, manifiestan cuáles son las necesidades y las falencias a nivel de cada una de las diferentes especialidades, tanto de Cardiología, como Cirugía Cardíaca y con la visita de profesionales del Hospital el Cruce, se plantea el proyecto en el corto, mediano y largo plazo. Con base en el antecedente que se tenía de cooperación con Argentina, se les plantea la posibilidad, no solo de lo que es ayudarlos un poco en un plan de organización de patología cardíaca, sino también en capacitación porque, técnicamente, y por los posgrados o el tipo de formación que se tiene en el país o, eventualmente, también de las personas que han podido salir

a otras latitudes a capacitarse, en cardiología, por ejemplo, no solo se formen profesionales en Hemodinamia, sino también en otras ramas que consideran son en las que se tienen debilidades.

El Director Fallas Camacho indica que tiene entendido que existe un convenio, una negociación o una coordinación entre las Cancillerías de Costa Rica-Argentina y cierto grado, no de compromiso, pero sí de esfuerzo por la Cancillería, por lo menos en lograr los nexos o convenios, por ejemplo.

Al respecto, indica la Licda. Kattia Fernández Paoli que todo es un proceso y es parte de la dinámica que tiene una demanda de cooperación, la cual se tramita, oficialmente y se aprueba por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) y la Cancillería la asume. De manera que una vez que es aprobada por los países, se convierte en un compromiso país. En ese sentido, es que dentro de los convenios marco de cooperación, surgen como instrumentos de ejecución de esos convenios marcos, los proyectos que son los que las Instituciones, presentan a partir de prioridades institucionales en la modalidad de costos.

Continúa el doctor Ricardo Chacón y explica que, básicamente, lo que se planteó a la República de Argentina y como ha mencionado, en este momento que se está terminando la capacitación de profesionales denominados cardiólogos clínicos y dependiendo de lo que les produzca satisfacción, hay profesionales que hacen el esfuerzo para hacer la especialidad en electrofisiología o Hemodinamia, pero algunas veces con grandes impedimentos, principalmente, desde el punto de vista económico. Dentro de la segunda parte del proyecto de lo que se planteó con el Hospital El Cruce, es la formación de profesionales tanto en el corto, mediano y largo plazo, en las debilidades que se determinaron, es decir, que los profesionales se especialicen en especialidades de cardiología, como ejemplo, recuperación cardíaca donde, básicamente, en alrededor de cuatro meses, se logra concretar la formación de un profesional cardiólogo, es decir, especialistas formados en la unidad coronaria. Los especialistas del Hospital El Cruce indican que están en capacidad, para ayudar a Costa Rica a formar cardiólogos en la colocación de marcapasos de baja complejidad y marcapasos trasveno unibicameral, en alrededor de dos meses y aparte de esos profesionales, se tiene la posibilidad para formar mínimo tres especialistas en Electrofisiología y tres especialistas más en Hemodinamia dentro del Hospital El Cruce, completándolos en la modalidad como se hace con los Estados Unidos, con un fellow donde técnicamente es un especialista que va a recibir ese profesional.

Respecto de una pregunta de la señora Presidenta Ejecutiva, tendiente a conocer cuánto se tarda un profesional en la capacitación de Hemodinamia, responde el doctor Chacón Bolívar que dos años. Por esa razón, es que se está planteando esa capacitación a corto, mediano y largo plazo, pero por lo menos se produce esa posibilidad y los profesionales obtendrían el título que pide la Sociedad Suramericana de Cardiología, la cual está avalada también con el Colegio Americano de Cardiología. Las posibilidades que plantean, eventualmente, esos médicos se han dado según la Institución y las necesidades que se tengan; no solicitan nombres sino que, técnicamente, se conceda esa posibilidad. Dado que se maneja una lista de espera única nacional y una distribución también de Cirugía Cardíaca de alta complejidad, de proporcionarse también el modelo que utilizan, a nivel hospitalario para el manejo de todas esas especialidades y como se mencionó, la formación de tres especialistas en el Electrofisiología con un período de duración de dos años. Por otra parte, en el apartado de cirugía, se planteó también la posibilidad de formación de cirujanos de Costa Rica para los tres hospitales nacionales, básicamente, lo que era

cirugía de patologías congénitas del adulto, cirugía de raíz de aorta y trasplante cardiaco en su momento, para poder transmitir las experiencias y determinar cómo les ha ido, cómo se está manejando el tema y si, eventualmente, los profesionales costarricenses podrían asistir al Hospital El Cruce; en rotaciones de dos, cuatro y seis meses que es lo que se pretende ir a negociar. Considera que es importante el tema de las listas de espera, así como el asunto correspondiente a la capacitación como tal de todos esos profesionales y si se está promoviendo la posibilidad de homologarlos con la Universidad Nacional de Buenos Aires, porque es un aspecto que se podría aprovechar. También el Hospital El Cruce cuenta con un apartamento que es para residentes o “profesionales” y están en la buena disposición, inclusive, hasta de otorgarlo por períodos o por rotaciones cortas, a no más extenderlo de cuatro meses por los intereses que existen con otros países, principalmente, suramericanos. Técnicamente, en la segunda parte del proyecto, del Hospital El Cruce envían una contraparte del Hospital donde, técnicamente, esperan la delegación costarricense a partir del 01 de noviembre de este año, por lo cual se tiene una agenda preestablecida para analizar todas esas aristas que se están mencionando, incluyendo una solicitud que hizo también el Hospital Nacional de Niños, por cuanto el Hospital tiene intervenida la parte de Cirugía Pediátrica y habían pedido la ayuda de una Universidad en Texas y una Universidad en Cleveland, pero necesitaban apoyo, principalmente, en lo que era anestesia pediátrica, con énfasis en trasplante de hígado y capacitación para los cirujanos pediátricos, en lo que corresponde a trasplante de hígado, tanto en donador cadavérico, como en donador vivo. Como parte de la agenda, también se incluyó un punto para dar a conocer las posibilidades que tiene el Hospital El Cruce y, también, para dar a conocer las posibilidades de capacitación de esos profesionales. Técnicamente, los criterios de participación los conoce el Dr. Villamil y el Dr. Berto Loti, la representación de Argentina en Costa Rica que estuvieron haciendo el trabajo de Campo y, eventualmente, está mencionado un representante del Hospital Calderón Guardia como uno de los miembros del grupo técnico, que en su momento la Gerente Médica autorizó.

En cuanto a una pregunta de la señora Presidenta Ejecutiva, en términos de conocer cuántos profesionales irían a la capacitación, responde el Dr. Ricardo Chacón que los que la Junta Directiva determine. La propuesta era para tres profesionales, pero por efectos del presupuesto y porque en su momento la Gerente Médica, les solicitó representación de otros hospitales, entonces, se planteó la participación de un cirujano de tórax y un cardiovascular, que desde su punto de vista profesional, cree que es importante porque el ir dos cardiólogos clínicos, la parte de la cirugía hace falta. Comenta que él trabaja en cirugía cardíaca y el Dr. Brenes también, en la parte de cardiología y cirugía cardíaca y no es el técnico como tal, para atender la parte de trasplante de corazón, como se hacen anastomosis, entre otras. Lo que se les planteó era que no podían ser dos profesionales del Hospital México, por esa razón, se planteó uno del Hospital Calderón Guardia y él que trabaja en el Hospital México. Además, hay una agenda planteada como tal en el Hospital El Cruce y ya está estipulado cuáles son los temas por seguir, incluyendo lo que es la formación a distancia, con un sistema de revisión de artículos y de temas que tienen que se denominan ateneos y que, técnicamente, lo probaron y funciona para conexión en internet, cuando tengan algún caso de los que necesiten, no solo el “expertice” de los equipos de cirugía y de cardiología del país, sino también a nivel internacional de expertos, que tienen un poco más de experiencia en la materia. Esa agenda está estipulada, básicamente, del 01 de noviembre al 06 de noviembre de este año, con horarios desde las 8:00 a.m. hasta las 4:00 p.m. También se refiere a la solicitud para visitar el Hospital, observar las instalaciones y poder presentar una propuesta en firme, de lo que corresponde, principalmente, a la capacitación y, eventualmente, poder presentar el modelo de unificación y de manejo de patología cardiovascular

de listas de espera y otros aspectos, que se manejan en la República de Argentina y, principalmente, en la provincia de Buenos Aires. Respecto de los costos, se presentarán al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).

Respecto de una inquietud del Director Fallas Camacho, en el sentido de si los médicos van a conocer las instalaciones del Hospital El Cruce o llevan ideas para elaborar un programa, así como definir los tiempos y las personas que se capacitarán, el doctor Chacón Bolívar indica que la idea es definir, básicamente, requisitos, formación, tanto a corto, mediano y largo plazo de las especialidades o de las subespecialidades, en Cardiología, como en Cirugía Cardíaca. Luego, se presentará la propuesta, directamente al Hospital El Cruce como un plan país, donde se determinen los requisitos mínimos necesarios, que la República de Argentina va a solicitar, para los diferentes profesionales que se vayan a formar. Ese Hospital solicitó seis especialistas en Cardiología para recuperación cardíaca y, además, se hizo referencia de seis especialistas en Cardiología para Unidad Coronaria, tres especialistas cardiólogos que les interesen hacer Cardiología Intervencionista y tres especialistas que se quieran capacitar en Electrofisiología y, también cuatro especialistas en cardiología que quieran hacer Implantología de Baja Complejidad. Aparte de esas especialidades, se integre un grupo para la formación de los equipos quirúrgicos, sea en trasplante cardíaco, cirugía de aorta y cirugía de congénitos, principalmente, en adultos.

Consulta el doctor Fallas Camacho si la visita que realizaron los especialistas argentinos, a ciertos hospitales como se mencionó, era valorando las potencialidades o las necesidades que existían, de donde se colige que la propuesta, lleva implícita una idea de fortalecer esas unidades periféricas, en términos de que ese recurso humano se tiene que preparar necesariamente.

Al respecto, indica el Dr. Ricardo Chacón que sí. Por ejemplo, en la visita que los expertos realizaron a todos los hospitales, se expusieron las fortalezas y las debilidades de cada uno y lo que indican es que los hospitales del país, son más pequeños que los de Argentina, tienen más espacio, más planta física, pero a los profesionales les hace falta más de capacitación en ciertas áreas, así como un mejor aprovechamiento de todos esos espacios. De hecho dentro de todo el dictamen que se hace, la propuesta que presentan, se realizó en hospital por hospital y de acuerdo con las necesidades de capacitación que se determinaron. Inclusive, en su momento plantean una propuesta de una lista de espera nacional unificada, con una coordinación nacional de cardiología y de cirugía cardíaca, como la tienen definida en Argentina. Si, eventualmente, se tiene un paciente con un infarto en Limón y hay espacio en el Hospital México, ese coordinador asigna la cama, para ese paciente y es trasladado de Limón al Hospital México, sin considerarse de la zona de Costa Rica que proviene, porque ahí está el espacio y se les da un mejor aprovechamiento a los recursos y se disminuye el tiempo de espera y otros aspectos.

Respecto de una inquietud de la Directora Soto Hernández, responde el Dr. Chacón que el presupuesto que se está solicitando, es para la visita al Hospital del Cruce en Argentina, para poder recoger la información y plantear la propuesta, básicamente, lo que corresponde a la formación y poder plantear un plan, para los próximos dos años de cooperación, así como definir cuáles son los especialistas que van a designar, para que se trasladen al Hospital El Cruce para que sean capacitados en Electrofisiología, Hemodinamia, así como definir cuáles son los especialistas que se van a trasladar a realizar las pasantías en cirugía cardíaca, o en recuperación cardíaca o en unidad coronaria.

El Director Gutiérrez Jiménez pregunta si en el proyecto se ha incorporado, todos los esfuerzos que sobre el tema de cardiopatías y de la situación del Hospital México, se debe inventariar la situación, como parte de los esfuerzos que se están haciendo para solucionar la lista de espera. Le parece que es muy importante porque el tema se ha venido analizando en la Junta Directiva, desde el año 2013 y cree que el proyecto nació con el tema del Hospital Nacional de Niños.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que el Hospital de Niños forma parte del proyecto, pero el proyecto no surgió de ese Hospital.

Continúa el licenciado Gutiérrez Jiménez y anota que en todo caso, el proyecto se debe entender como un esfuerzo de esta Junta Directiva, el cual va a contribuir con la solución del tema de cardiopatía; entonces, se tiene que inventariar dentro de la Gerencia Médica también.

Al respecto, señala el Dr. Fallas Camacho que él lo está determinando dentro de ese ámbito, porque es la solución del problema que se tiene de cardiología en los próximos 10, 12, 15 y tal vez más años.

Al respecto, indica don Adolfo Gutiérrez que con el proyecto se está pretendiendo tratar de resolver ese problema.

Continúa el Director Fallas Camacho y señala que el proyecto es una parte del todo. En algún momento había entendido también, la posibilidad de que un grupo de enfermería o personal de otra naturaleza, pueda formar parte del proyecto.

Sobre el particular, el doctor Chacón Bolívar indica que parte de la propuesta que se va a ir a negociar a Argentina, es que no tendría valor agregado formar un especialista en la Unidad Coronaria o en Recuperación Cardíaca, sino se capacita un cuerpo de enfermeras y de profesionales afines. Entonces, técnicamente la propuesta que en su momento se le plantea a Argentina, no es de solo profesionales médicos como tales, sino también profesionales en enfermería y afines que hagan que este tipo de aspectos funcione.

El Director Gutiérrez Jiménez entiende que el proyecto es una primera etapa, para poder ir a negociar a Argentina y de acuerdo con esa negociación, se elaboraría alguna propuesta más formal de acciones en el tiempo. Este es un primer esfuerzo para tener ese contacto y empezar a elaborar, de acuerdo con lo que se tiene en ese país y lo que pueden facilitar en ayudas técnicas. Le indica a la señora Presidenta Ejecutiva que determina este esfuerzo como un inicio, donde el resultado de esa visita tiene que presentar resultados, para que se planteen algunas propuestas en concreto para esos entrenamientos y esas colaboraciones técnicas, entre otras, pregunta si es así.

Responde el doctor Ricardo Chacón que sí.

Añade el doctor Fallas Camacho que en función de una necesidad, previamente, identificada.

Comenta el doctor Chacón Bolívar que Argentina es muy probable que igual que Costa Rica, tenía un problema significativo en lo que patología cardiovascular y se puede mejorar organizándose un poco más.

Prosigue la Licda. Kattia Fernández Paoli y señala que este es un proyecto de cooperación técnica que se atrasó por distintas circunstancias, porque fue aprobado en Comisión Mixta País en Argentina, con la representación del Dr. Edgar Méndez, quien en principio llevaba una solicitud de cooperación de temas propios del Hospital México. En aquel momento, esa era la demanda que tuvieron hacia Argentina. Cuando se presentó el problema de los quirófanos en el Hospital México y el Dr. Méndez tuvo que asumir una serie de responsabilidades, también se produjeron también cambios en Argentina. Entonces, se perdió el nexo con la contraparte, esa situación se dio entre los años 2013-2014. Cuando en Argentina se retoma también en el asunto, porque seguían con la prioridad de atender lo solicitado, dado que se había convertido en un compromiso país, seguía siendo una prioridad institucional, se renuevan las negociaciones y es cuando la Dra. María Eugenia Villalta, indicó que por haber transcurrido el tiempo, pero siendo una oportunidad en la coyuntura actual, porque el tema es un problema de realidad nacional y requiere de la ayuda nacional e internacional. Estratégicamente, la coyuntura daba pie para aprovechar los esfuerzos que en paralelo, igualmente, se estaba haciendo con otras unidades y otros equipos de trabajo, pero sobre el mismo tema, se articulara y se lograra aprovechar el cierre de este proyecto aprobado en el año 2013. En ese sentido, sentar las bases para cooperación técnica para los años 2016-2017, pero que a su vez, ese aspecto permitiera negociar programas de formación, capacitación, es decir, ampliar el alcance de la solicitud inicial, porque era de asistencia técnica, así como misiones técnicas de intercambio, en donde se iban a intercambiar conocimientos para buenas prácticas, en temas prioritarios para la Institución pero, específicamente, para el Hospital México. En ese sentido, se conoce el documento de Patología Cardiovascular, presentado por la Dra. Villalta Bonilla y los esfuerzos de los distintos equipos de trabajo, que han estado realizando y se decidieron unir, pero en paralelo lo que mencionaba el doctor Fallas, la presión que se tenía de MIDEPLAN y de la Cancillería, en términos de que se tenía un compromiso país con Argentina, porque habían asumido ya la visita de los profesionales argentinos a Costa Rica y, en el compromiso que se asumió, la idea era que en una misión de cierre, los profesionales de Costa Rica iban a visitar Argentina. Es decir, no solo concluir el esfuerzo que se estaba haciendo y que los argentinos habían aceptado, en cuanto a modificar los objetivos iniciales de la cooperación, adaptando las necesidades del país, sino que en una segunda visita, se iba a empezar a negociar lo que se requería en el tema.

Refiere el licenciado Gutiérrez Jiménez que en la página N° 21 del documento que les acaba de entregar, se hace referencia de los objetivos de la visita, en ese sentido tal vez ahí queda un poco más claro, que es *“conocer el modelo de gestión del hospital e, incluso, en materia cardiovascular, de tal manera que se puede recibir asesoría para apoyar o bien reformular el modelo de gestión de la Caja, dadas las ventajas que ha demostrado el modelo argentino en forma histórica. Actualizar y desarrollar actividades que fomenten la eficacia de las diferentes especialidades de cirugías de tórax, cardiovascular, percusión, cardiología en su quehacer y en relación a las demandas de dichos servicios, por parte de los asegurados y visualizar nuevos modelos de atención que permitan dar una mayor y mejor cobertura al tratamiento de la patología cardiovascular de la Institución. Dentro de las actividades de la visita se estudiarán aspectos tales como red de comunicación, tipo de cirugía a nivel de complejidad, áreas de recuperación cardiovascular, quirófanos, salas, hemodinamia, electrofisiología, sistemas de referencia y contra referencia, así como poder analizar y realizar un diagnóstico de dicho centro con el fin de confección de un modelo para implementarlo en el país”*. Luego, vienen las formaciones, en este momento entiende un poco más. Lo que se está en realidad aprobando y solicita que se redacte de una manera más concreta, es el proyecto y después de aprobado, como

una derivación, hay una visita con esas características que se acaban de comentar. Se esperaría que de esa visita, a la vez se presentaran propuestas concretas de qué es lo que sigue. Cuáles son las acciones que le van a proponer a la Junta Directiva, para dentro de este proyecto de cooperación, poder incidir y el impacto que se produce en toda la problemática.

Recuerda la doctora Sáenz Madrigal que este tema no estaba incluido en la agenda.

El Dr. Fallas Camacho indica que hay una especie de perfil de situación, en el que se sustenta el proyecto; además, se está determinando de la propia Institución. Sin embargo, en este momento, que la doctora Sáenz Madrigal indica que el tema no estaba en agenda, es cierto, pero conociendo las fechas del compromiso que había con Argentina, no se podía posponer para el 29 de octubre la presentación de la solicitud y le preocupa que la doctora Villalta, no esté participando en la sesión, porque debe tener más información, pero dadas las circunstancias de tiempo, lo que no conoce es si la misión se debe ser integrada por tres, dos, o un médico, en fin se tiene que definir cuántos profesionales van a viajar, para efectos de costos, como lo mencionó el doctor Chacón.

El Dr. Ricardo Chacón le indica al doctor Fallas que si le pregunta en este momento, desde el punto de vista de misión del proyecto, ve la conveniencia de ir respaldado por un cirujano de tórax y cardiovascular, para contar con el apoyo que requiere para la negociación de todos los hospitales como tales, pero si se tienen que adaptar a la perspectiva y a las necesidades de la Institución, así lo harán.

Pregunta el Director Fallas Camacho que si el Dr. Brenes es cirujano.

Responde el doctor Chacón Bolívar que no, él es cardiólogo y especialista en medicina interna. En su momento había planteado al Dr. Omar Castillo Adriano, es cirujano cardiovascular pero es del Hospital México.

La señora Presidenta indica que la propuesta viene documentada para dos personas y es la información que se puede analizar.

Respecto de una pregunta de la licenciada Soto Hernández, indica el Dr. Chacón que la especialidad es para él y existe una necesidad de ir acompañado de un profesional de distinta especialidad.

La doctora Sáenz Madrigal le aclara a doña Mayra Soto que se entiende lo que indica el Dr. Chacón, pero el documento viene preparado para dos personas. Le preocupa que se tome una decisión de un tema que se está conociendo hoy y, además, no estaba en la agenda, es decir, no se quiere atrasar la misión; pero no se puede ir para Argentina en una semana y es lo que se determina de la documentación.

Respecto de una inquietud, señala la doctora Guillén Femenías que se había buscado un cirujano cardiovascular del Hospital Calderón Guardia, pero por sus compromisos personales, no aceptó el viaje; entonces, el Hospital Calderón Guardia sugirió al cardiólogo.

Interviene el Director Loría Chaves y señala que le parece bien que el Dr. Brenes, participe de la capacitación, porque además es internista.

Añade la doctora Dominicque Guillén que lo importante es que exista la visión de dos hospitales.

Señala el Director Fallas Camacho que le gustaría que después de la visita a Argentina, se presente un informe.

Sobre el particular, señala el doctor Chacón que así será.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por la señora Presidenta Ejecutiva y el Director Barrantes Muñoz que votan negativamente.

**Por lo tanto**, se tiene a la vista la nota número GM-SJD-38409-2015, fechada 22 de octubre de 2015, suscrita por la señora Gerente Médico que, en lo conducente, literalmente se lee de esta manera:

**“RESUMEN EJECUTIVO**

La Gerencia Médica presenta la Propuesta solicitud de aprobación de términos de contrapartida para Proyecto de Cooperación Técnica Costa Rica- Argentina: Entrenamiento en materia cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida), según oficio DE-5032-2015 de fecha 20 de octubre del 2015, suscrito por la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del CENDEISS, que me permito transcribir a continuación:

**“(…) Antecedentes del proyecto**

*El Convenio de Cooperación Científica y Técnica entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Gobierno de la República de Argentina, establece el marco general para la cooperación y plantea que los proyectos u otras formas de cooperación mutua que establezcan los países en atención a temas prioritarios se establecerán por Acuerdos Específicos concertados por la vía diplomática, por lo que el Convenio establece con fines de analizar y promover la implementación del mismo, una Comisión Mixta, que se reunirá cada dos años.*

*Dentro de los temas de atención prioritarios para establecer proyectos de cooperación se incluían la Hemodinamia, Cirugía Cardiovascular, a Ablación y Trasplantes de órganos (Instituto Nacional Centro Único de Ablación e implante de Argentina-INCUCAI) razón por la cual la CCSS propone los siguientes proyectos como parte del Programa de Cooperación Técnica Costa Rica-Argentina 2013-2015:*

1. *Fortalecimiento y capacitación del recurso humano que se encargará de laborar en la Sala Híbrida del Hospital México*
2. *Entrenamiento en Perfusión para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital México*
3. *Entrenamiento en electrofisiología/Implante de dispositivos de estimulación cardíaca en el Hospital México*

4. *Entrenamiento en optimización de la atención cardiovascular pediátrica en Costa Rica, Hospital Nacional de Niños.*
5. *Fortalecimiento de proceso de gestión de la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células en Costa Rica*
6. *Capacitación en temas relacionados con gestión, conducción y normalización y trazabilidad del proceso de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en Costa Rica.*
7. *Fortalecimiento y capacitación al recurso humano que se encargado del proceso de procura, identificación de potenciales donadores cadavéricos, así como de mantenimiento cadavérico.*
8. *Fortalecimiento y capacitación en sistemas de información y registro para la gestión y trazabilidad del proceso de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células en Costa Rica.*

*La presentación de los proyectos en materia cardiovascular, fue oficializada ante MIDEPLAN con nota 36993-5, de fecha 10 agosto 2012, suscrita por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica.*

*Para la aprobación oficial de los proyectos se llevó a cabo una Comisión Mixta en Argentina, los días 16 y 17 de setiembre 2013, se contó con la participación del Dr. Edgar Méndez Jiménez, Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital México y Contraparte Técnica de los Proyectos en materia cardiovascular de la CCSS, quien viajó a la Comisión con financiamiento institucional aprobado por la Junta Directiva en artículo 2º, sesión No. 8652, celebrada el 1º de agosto de 2013.*

*El proyecto fue aprobado en la modalidad de costos compartidos, según consta en Acta remitida mediante el oficio del Área de Cooperación Internacional de MIDEPLAN, ACI-401-2013, del 1º de octubre de 2013, dirigido a la Licda. Kattia Fernández Paoli, Jefe de la Subárea de Cooperación Internacional del CENDEISS, en la cual se lee:*

*“Nos permitimos informarle que la II Reunión de comisión Mixta de Cooperación Científica y Técnica entre la República de Argentina y la República de Costa Rica, se llevó a cabo durante los días 16 y 17 de septiembre en Buenos Aires, tal y como se les había informado previamente. Al respecto, le informo que los proyectos “Fortalecimiento y capacitación del recurso humano que se encargará de laborar en la Sala Híbrida del Hospital México”, “Entrenamiento en perfusión para el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital México” y “Entrenamiento en electrofisiología/Implante de dispositivos de estimulación cardíaca en el Hospital México” gestionados por su representada, fueron aprobados en dicha Comisión en forma integrada bajo el nombre de “Entrenamiento en materia Cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida).”*

*Por diferentes razones a tanto a lo interno de la CCSS, así como con la contraparte argentina, el proyecto tuvo que retrasarse, luego de varias coordinaciones con la contraparte Argentina se logra, programar dos actividades durante el 2015, una visita de diagnóstico por parte de los expertos argentinos y una visita a Argentina de los especialistas de la CCSS al Hospital el Cruce en Argentina.*

*Para la primera actividad se hace el planteamiento en oficio D.E.-2728-2015, del 22 de junio de 2015, suscrito por la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del CENDEISSS, la petición incluía la solicitud del pago del hospedaje y alimentación para los Drs. Alejandro Villamil y Francisco Bertolotti del Hospital El Cruce de Argentina. Esta propuesta fue devuelta, con el oficio GM-AJD-32362-2015, de fecha 06 de julio de 2015, solicitando “(...) que las propuestas sean remitidas de manera más integral posible (...)”.*

*Para atender lo solicitado por la Gerencia Médica, la Dirección Ejecutiva del CENDEISSS y la Subárea de Cooperación Internacional, solicitaron a la Dirección Médica del Hospital México la colaboración; el Dr. Juan A. Ugalde Muñoz, Subdirector del Hospital, acordó designar al Dr. Ricardo Chacón, Médico Asistente de ese Hospital, como Coordinador Técnico del Proyecto, lo anterior visible en oficio D.E.-3771-2015, del 09 de julio de 2015, suscrito por la Dra. Dominique Guillén Femenías, Directora Ejecutiva a.i.*

*En oficio D.E.-3466-2015, de fecha 14 de julio de 2015, suscrito por la Dra. Dominique Guillén Femenías, Directora Ejecutiva a.i., le solicita al Dr. Douglas Montero Chacón, Director General del Hospital México, las facilidades necesarias para que el Dr. Ricardo Chacón Bolívar, Coordinador Técnico pueda trabajar en el proyecto para el que fue designado.*

*El Dr. Douglas Montero Chacón, Director General del Hospital México, en oficio DGHM-1937-2015, de fecha 16 de julio de 2015, informa a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, lo siguiente:*

*“(...) con el propósito de reorientar los alcances del proyecto tal y como fue instruido en oficio GM-32362-2015 de esa Gerencia, se propone el siguiente equipo de trabajo: Dr. Edgar Méndez Jiménez, Jefe Departamento de Cirugía, Hospital México, contraparte técnica del proyecto, según acuerdo de Junta Directiva, artículo 2º Sesión No. 8652, del 1º de agosto de 2013, Dr. Ricardo Chacón Bolívar, Médico Asistente de Cardiología del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, como coordinador del equipo, Dr. Luis Gutiérrez Jaikel, Médico Asistente Especialista en Electrofisiología y Hemodinamia, Hospital México, Dr. Omar Castillo Aldeano, Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Dra. Gabriela Castillo Solís, Jefe Servicio de Cardiología, Hospital Dr. Max Peralta, Dr. Carlos Brenes Umaña, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Dr. Limber Mora Tumminelli, Jefe Servicio de Cardiología, Hospital de Alajuela (...)”*

*La propuesta del Dr. Montero, fue avalado por la Gerencia Médica en oficio GM-ADM-LG-33654-15, del 29 de julio de 2015, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica.*

*Se procedió a informar a MIDEPLAN, sobre la necesidad de aprobar un cambio en el esquema de financiamiento del proyecto y se le hace la siguiente propuesta en oficio GM-ADM-LG-32995, de fecha 15 de julio de 2015, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, en el cual se lee:*

*“(...) es para este Despacho, de interés prioritario gestionar el proyecto supracitado, no obstante que no se ha podido materializar y presentar ante Junta Directiva el correspondiente documento. Debido a que existe una limitación temporal a lo interno, que evita poder brindar una efectiva respuesta, pero dado que si continúa vigente el compromiso de llevar a cabo dicha actividad, e iniciar el mismo, procederemos a reformularlo para brindar un mayor alcance y participar en la siguiente fase por parte del país. Como usted comprenderá, existen requisitos institucionales que se deben respetar para brindar el financiamiento adecuado, por lo que se solicitará al FOAR que financie la primera etapa de visita de los especialistas hacia Costa Rica y nosotros financiamos la segunda etapa, donde nuestros especialistas asistan a Argentina, una vez debidamente aprobado por Junta Directiva. Este Despacho se compromete por lo tanto a reformular el proyecto a través de las instancias técnicas que corresponda y elevarlo a Junta Directiva para lo que corresponda, y aprovechar los recursos existentes y la asesoría de los expertos en un tema de tanta vigencia para nuestro sistema actualmente (...)”*

*Este planteamiento es comunicado por la Licda. Saskia Rodríguez Steichen, Directora del Área de Cooperación Internacional de MIDEPLAN, en oficio ACI-282-2015 a la Sra. Irinia M. Elizondo Delgado, Directora de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, sobre la anuencia de la CCSS para mantener la fecha de la visita de los expertos argentinos del 14 al 18 de agosto de 2015, así como los cambios el financiamiento de las dos actividades propuestas.*

*El Fondo de Cooperación Argentina (FOAR), aprobó el cambio en el esquema de financiamiento y se continuó con la programación ya establecida. Se concreta entonces la visita de los Dres. Alejandro Villamil y Francisco Bertolotti, expertos del Hospital El Cruce de Argentina, durante la semana del 14 al 18 de agosto de 2015.*

*Siendo congruentes con la solicitud de la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, se organizó una agenda que incluía visitas a los Hospitales: México, Dr. Rafael A. Calderón Guardia, San Juan de Dios, Nacional de Niños, Dr. Max Peralta, San Rafael de Alajuela y San Vicente de Paúl, según la siguiente agenda:*

**Agenda de la Misión Argentina en Costa Rica  
10 al 14 de agosto de 2015.**

<b>Lunes 10</b>	<b>Martes 11</b>	<b>Miércoles 12</b>	<b>Jueves 13</b>	<b>Viernes 14</b>
<b>8:00am a 8:30am</b> <b>Recibimiento de la misión.</b> Dra. Dominique Guillén Femenías, Directora Ejecutiva CENDEISSS	<b>8:00am</b> <b>Visita al Hospital San Rafael de Alajuela</b>  <b>8:00am a 8:15am</b> Recibimiento de la misión Dr. Francisco Pérez	<b>8:00am</b> <b>Visita al Hospital Max Peralta, Cartago</b>  <b>8:00am a 8:15am</b> Recibimiento de la misión Dra. Krissia Díaz	<b>8:00am</b> <b>Sesiones de trabajo individual,</b> <b>Hospital México</b>  <b>8:00am a 9:45am</b> Sesión de trabajo	<b>8:00am</b> <b>CENDEISSS</b>  <b>8:00am a 9:30am</b> Presentación Propuesta Proyecto: Red Institucional para la atención

<b>Lunes 10</b>	<b>Martes 11</b>	<b>Miércoles 12</b>	<b>Jueves 13</b>	<b>Viernes 14</b>
<p><b>8:30am a 9:00am</b> Exposición de la situación nacional de Patología Cardiovascular Dr. Edgar Méndez Jiménez, Jefe Servicio de Cirugía, Hospital México</p>	<p>Gutiérrez Director General</p> <p><b>8:15am a 8:30am</b> Exposición situación patología cardiovascular en el Hospital San Rafael de Alajuela Dr. Limber Mora Tumminelli</p> <p><b>8:30am a 10:00am</b> Visita a las instalaciones del Hospital: Sala de Operaciones, Servicio de Cardiología, Unidad Cuidado Intensivo Coordinador: Dr. Ricardo Chacón.</p>	<p>Valverde Directora General</p> <p><b>8:15am a 8:30am</b> Exposición situación patología cardiovascular en el Hospital Dr. Max Peralta Jiménez Dra. Gabriela Castillo Solís</p> <p><b>8:30am a 10:00am</b> Visita a las instalaciones del Hospital: Sala de Operaciones, Servicio de Cardiología, Unidad de Cuidado Intensivo Coordinador: Dr. Ricardo Chacón.</p>	<p>individual del cirujano con el equipo quirúrgico en acto quirúrgico en Sala de Operaciones. Coordinadores: Dr. Edgar Méndez Dr. Ricardo Chacón</p>	<p>de personas usuarias con patología cardiovascular. Espacio para comentarios</p>
<b>Lunes 10</b>	<b>Martes 11</b>	<b>Miércoles 12</b>	<b>Jueves 13</b>	<b>Viernes 14</b>
<p><b>9:00am a 9:30am</b> Café</p>	<p><b>10:00am a 10:20am</b> Café</p>	<p><b>10:00am a 10:20am</b> Café</p>	<p><b>9:45am a 10:15am</b> Café</p>	<p><b>9:30am a 10:am</b> Café</p>
<p><b>10:00am</b> Visita al Hospital México</p> <p><b>10:00am a 10:15am</b> Recibimiento de la misión Dr. Douglas</p>	<p><b>11:00am</b> Visita al Hospital Nacional de Niños</p> <p><b>11:00am a 11:15am</b> Recibimiento de la misión Dra. Olga Arguedas</p>	<p><b>11:00am</b> Visita al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia</p> <p><b>11:00am a 11:15am</b> Recibimiento de la misión Dr.</p>	<p><b>10:15am a 12md</b> Sesión de trabajo del experto en Electrofisiología con el área de Ecocardiografía y en Hemodinamia.</p>	<p><b>10:00am a 12:00md</b> Conclusiones y recomendaciones de las experiencias de la Misión de Argentina. Dr. Alejandro Villamil,</p>

<b>Lunes 10</b>	<b>Martes 11</b>	<b>Miércoles 12</b>	<b>Jueves 13</b>	<b>Viernes 14</b>
<p><i>Montero, Director General</i></p> <p><b>10:15am a 10:30am</b> <i>Exposición situación patología cardiovascular en el Hospital México Dr. Carlos Chaverri Montero, Dr. Ricardo Chacón Bolívar</i></p> <p><b>10:30am a 12:00md</b> <i>Visita a las instalaciones del Hospital: Sala de Operaciones, Sala de Hemodinamia, Servicio de Cirugía de Tórax, Unidad Cuidado Intensivo, Unidad Coronaria. Coordinador: Dr. Ricardo Chacón.</i></p>	<p><i>Arguedas, Directora General</i></p> <p><b>11:15am a 11:30am</b> <i>Exposición situación patología cardiovascular en el Hospital Nacional de Niños Dr. Rafael Gutiérrez Alvarez</i></p> <p><b>11:30am a 1:00pm</b> <i>Visita a las instalaciones del Hospital: Sala de Operaciones, Servicio de Cardiología y Hemodinamia, Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Unidad Cuidado Intensivo Coordinador: Dr. Ricardo Chacón.</i></p>	<p><i>Arnoldo Matamoros Sánchez Director General</i></p> <p><b>11:15am a 11:30am</b> <i>Exposición situación patología cardiovascular en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Dr. Gilberth Vásquez Esquivel</i></p> <p><b>11:30am a 1:00pm</b> <i>Visita a las instalaciones del Hospital: Sala de Operaciones, Servicio de Cardiología y Hemodinamia, Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Unidad Cuidado Intensivo Coordinador: Dr. Ricardo Chacón.</i></p>	<p><i>Coordinadores: Dr. Luis Gutiérrez Dr. Ricardo Chacón</i></p>	<p><i>Hospital El Cruce, Argentina Dr. Marcelo Nain, Hospital El Cruce, Argentina</i></p> <p><b>12:00md a 12:30pm</b> <i>Acto Protocolario Cierre de la Misión Dr. Edgar Méndez Ricardo Chacón</i></p>
<p><b>12:00md a 1:00pm</b> <i>Almuerzo</i></p>	<p><b>1:00pm a 1:45pm</b> <i>Almuerzo</i></p>	<p><b>1:00pm a 2:00pm</b> <i>Almuerzo</i></p>	<p><b>12:00md a 1:15pm</b> <i>Almuerzo</i></p>	<p><b>12:30pm</b> <i>Almuerzo</i></p>

<b>Lunes 10</b>	<b>Martes 11</b>	<b>Miércoles 12</b>	<b>Jueves 13</b>	<b>Viernes 14</b>
<p><b>1:30pm</b> <b>Visita al Hospital San Vicente de Paúl, Heredia</b></p> <p><b>1:30pm a 1:45pm</b> Recibimiento de la Misión Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Director General</p> <p><b>1:45pm a 2:00pm</b> Exposición situación patología cardiovascular en el Hospital San Vicente de Paúl Dr. Eduardo Alvarado Sánchez</p>	<p><b>2:00pm</b> <b>Visita al Hospital San Juan de Dios</b></p> <p><b>2:00pm a 2:15pm</b> Recibimiento de la Misión Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora General</p> <p><b>1:45pm a 2:00pm</b> Exposición situación patología cardiovascular en el Hospital San Juan de Dios Dr. Jorge Arauz Chavarría</p>	<p><b>2:30pm a 4:00pm</b> <b>CENDEISSS</b></p> <p>Análisis FODA de la modalidad del tratamiento de la patología cardiovascular en Costa Rica Coordinador: Dr. Ricardo Chacón.</p>	<p><b>1:30pm a 4.00pm</b> <b>CENDEISSS</b></p> <p>Propuestas de trabajo en conjunto, para la formación de Médicos Especialistas a futuro, unidades de trabajo en electrofisiología, medicina extracorpórea y aprovechamiento de sala híbrida. Coordinador: Dr. Ricardo Chacón</p>	
<p><b>2:00pm a 2:30pm</b> <b>Café</b></p>	<p><b>2:00pm a 2:30pm</b> <b>Café</b></p>	<p><b>Estación de café en el aula de la actividad</b></p>	<p><b>Estación de café en el aula de la actividad</b></p>	
<p><b>2:30pm a 4:00pm</b> Visita a las instalaciones del Hospital: Sala de Operaciones, Unidad Cuidado Intensivo, Coordinador: Dr. Ricardo Chacón.</p>	<p><b>2:30pm a 4:00pm</b> Visita a las instalaciones del Hospital: Sala de Operaciones, Servicio de Cardiología y Hemodinamia, Unidad Coronaria,</p>			

<i>Lunes 10</i>	<i>Martes 11</i>	<i>Miércoles 12</i>	<i>Jueves 13</i>	<i>Viernes 14</i>
	<i>Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Unidad Cuidado Intensivo Coordinador: Dr. Ricardo Chacón.</i>			

### **DICTAMEN TÉCNICO:**

#### **Situación de la Enfermedad Cardiovascular en la CCSS:**

*La CCSS como único prestador de Servicios de Salud públicos, se diferencia de lo que ocurre en el mundo, la inversión de recursos debe ir de la mano con esa realidad, considerando los datos de egresos hospitalarios. Diagnosticar y tratar a los pacientes no es base fundamental, es de vital importancia la reducir los factores de riesgo, la población debe conocer y concientizarse de su participación en este tema. Se toma como base para el este criterio técnico, el documento “Abordaje de la Patología Cardiovascular (modificado)”.<sup>1</sup>*

*Los egresos por enfermedad del sistema circulatorio, o patología cardiovascular, muestran un aumento en los últimos años en los centros de salud de la Institución. El primer cuadro, demuestra el incremento de los egresos por patología del aparato circulatorio en la última década, véase que en los primeros años de esta, las causas de egreso en su mayoría eran relacionadas con la natalidad. Lo que ha cambiado de manera paulatina.*

*Los años 2008 y 2014 son los que presentan las tasas de crecimiento más altas, en el año 2008 los egresos por enfermedades cardiovasculares crecieron en un 6%, mientras que en el año 2014 la tasa de crecimiento fue de 7,8%. El comportamiento de esta patología en los últimos 10 años muestra una tendencia creciente.*

**Cuadro No. 1**  
**Egresos hospitalarios por año según diagnóstico**  
**principal por capítulos, CCSS**  
**2005-2014**

<b>Capítulo</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b><u>Total</u></b>	<b><u>337.07</u></b>	<b><u>326.58</u></b>	<b><u>329.53</u></b>	<b><u>330.36</u></b>	<b><u>333.96</u></b>	<b><u>329.34</u></b>	<b><u>330.70</u></b>	<b><u>341.00</u></b>	<b><u>343.09</u></b>	<b><u>340.07</u></b>
<i>Embarazo parto y puerperio</i>	93.413	93.268	95.080	96.640	96.688	91.785	94.490	93.401	89.028	89.765
<i>Enfermedades del sistema</i>	35.035	34.137	33.978	33.673	34.832	34.065	34.195	36.026	37.412	34.715

<sup>1</sup> Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerencia Médica, 04 de mayo 2015.

*digestivo*

*Traumatismos, envenenamientos y algunas*

*s y algunas*

*Enfermedades del sistema genitourinario*

<i>Enfermedad sistema circulatorio</i>	18.712	18.263	18.304	19.394	20.502	19.792	20.198	20.938	21.192	22.854
--	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

*Tumores*

*Enfermedad sistema respiratorio*

*Factores que influyen en el*

*Enfermedades del ojo anexos*

*Ciertas afecciones originadas en el período perinatal*

*Otras*

<i>Otras</i>	60.331	54.141	56.644	51.786	51.029	51.896	50.900	51.941	54.499	48.619
--------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

*Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.2015*

*En cuanto a las enfermedades del Sistema Circulatorio, según diagnóstico principal, se observa el comportamiento en el cuadro, N° 2, se destaca que en la última década mientras ha habido una disminución de las enfermedades cardíacas reumáticas y la Fiebre Reumática como tal, se observa un aumento progresivo de las Enfermedades Isquémicas del Corazón, Enfermedades Cerebrovasculares, y Enfermedad Cardiopulmonar y de la circulación.*

*Las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades de las venas y las hipertensivas son las más frecuentes en este grupo, representan alrededor del 70% de los egresos por enfermedades del sistema circulatorio, en los últimos años.*

**Cuadro No. 2**  
**Egresos hospitalarios debidos a Enfermedades del Sistema Circulatorio por año según diagnóstico principal, CCSS 2005-2014**

<b>Diagnóstico principal</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Total</b>	<b>18.712</b>	<b>18.263</b>	<b>18.304</b>	<b>19.394</b>	<b>20.502</b>	<b>19.792</b>	<b>20.198</b>	<b>20.938</b>	<b>21.192</b>	<b>22.854</b>
<i>Enfermedades</i>	5.238	5.092	4.963	5.146	5.247	5.396	5.425	5.578	5.488	6.235

<i>Isquémicas del Corazón</i>										
<i>Enfermedades de las Venas y de los Vasos y Glanglios Linfát</i>	4.478	4.286	4.527	4.905	5.239	4.427	4.342	4.999	5.427	5.747
<i>Enfermedades Hipertensivas</i>	3.192	3.414	3.271	3.581	3.943	3.833	3.866	3.778	3.383	3.670
<i>Enfermedades Cerebrovasculares</i>	2.174	2.172	2.192	2.378	2.501	2.565	2.847	2.920	2.981	2.943
<i>Otras Formas de Enfermedad del Corazón</i>	1.997	1.767	1.819	1.719	1.982	1.907	1.922	1.930	2.144	2.541
<i>Enfermedades de las Arterias, de las Arteriolas y de los Va</i>	1.033	1.000	997	1.100	1.083	1.132	1.220	1.127	1.100	1.070
<i>Enfermedad Cardiopulmonar y Enfermedades de la Circulación</i>	192	222	242	238	239	251	303	333	379	375
<i>Enfermedades Cardíacas Reumáticas Crónicas</i>	312	238	230	253	208	239	193	209	217	230
<i>Otros Trastornos y los no Especificados del Sistema Circula</i>	67	50	44	60	43	33	61	53	59	33
<i>Fiebre Reumática Aguda</i>	29	22	19	14	17	9	19	11	14	10

*Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.*

*En la cuadro No. 3, se muestra, el detalle del último quinquenio, en el número de egresos totales, y el porcentaje que son debidos a patología cardiovascular, pero excluyendo las secundarias a enfermedad reumática. En este cuadro se incluye también el número de egresos por enfermedad cerebrovascular, parte de la patología cardiovascular que ha ido en aumento.*

*En el año 2014 los egresos debidos a enfermedades del sistema circulatorio representaron el 6,72% (22.854 egresos) de los egresos.*

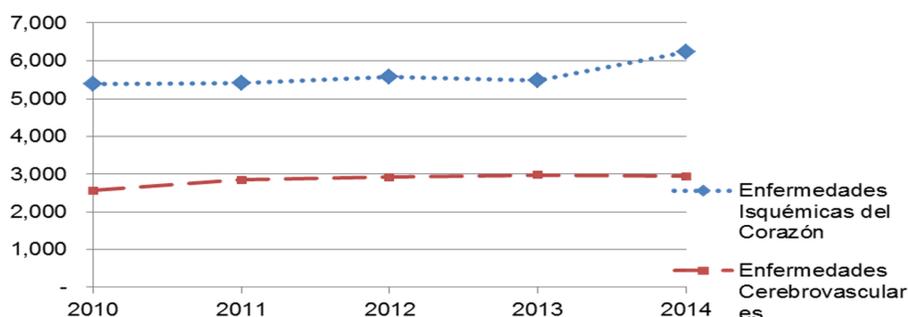
**Cuadro No. 3**  
**Egresos Totales y por Enfermedad del Sistema Circulatorio en Hospitales de la Caja**  
**Costarricense de Seguro Social, no incluye Enfermedad Reumática**  
**2010-2014**

<i>Diagnóstico principal</i>	<b>EGRESOS POR AÑO</b>				
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b><u>Total</u></b>	<b><u>329,34</u></b>	<b><u>330,70</u></b>	<b><u>341,00</u></b>	<b><u>343,09</u></b>	<b><u>340,07</u></b>
	<b><u>9</u></b>	<b><u>7</u></b>	<b><u>8</u></b>	<b><u>3</u></b>	<b><u>8</u></b>
<b><i>Enfermedades del sistema circulatorio</i></b>	<b>19,792</b>	<b>20,198</b>	<b>20,938</b>	<b>21,192</b>	<b>22,854</b>
<b><i>Porcentaje de egresos por enfermedad del sistema circulatorio</i></b>	<b>6.01</b>	<b>6.11</b>	<b>6.14</b>	<b>6.18</b>	<b>6.72</b>
<i>Enfermedades Hipertensivas</i>	3,833	3,866	3,778	3,383	3,670
<i>Enfermedades Isquémicas del Corazón</i>	5,396	5,425	5,578	5,488	6,235
<i>Enfermedad Cardiopulmonar y Enfermedades de la Circulación</i>	251	303	333	379	375
<i>Otras Formas de Enfermedad del Corazón</i>	1,907	1,922	1,930	2,144	2,541
<i>Enfermedades Cerebrovasculares *</i>	2,565	2,847	2,920	2,981	2,943
<i>Enfermedades de las Arterias, de las Arteriolas y de los Va</i>	1,132	1,220	1,127	1,100	1,070
<i>Enfermedades de las Venas y de los Vasos y Glanglios Linfát</i>	4,427	4,342	4,999	5,427	5,747
<i>Otros Trastornos y los no Especificados del Sistema Circula</i>	33	61	53	59	33

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015.

Además como se demuestra en el gráfico No. 1, de la patología cardiovascular en general, la Enfermedad isquémica del corazón, ha tenido un aumento sostenido en los cuatro últimos años, como causa de egreso. Manteniéndose similar el número de egresos por enfermedades cerebrovasculares en los últimos tres años.

**Gráfico No. 1**  
**Egresos hospitalarios por Enfermedades Isquémicas del Corazón y Enfermedades**  
**Cardiovasculares. Hospitales Caja Costarricense de Seguro Social**  
**2010-2014**



Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

La distribución por sexo de las enfermedades del sistema circulatorio, no muestra diferencias en nuestro medio, mientras que la distribución por grupos de edad ejemplifica, una concentración en las personas adultas de mayor edad, como es de esperarse, siendo que la edad es uno de los factores de riesgo no modificable. En el 2014 el 83% (19.138 egresos) de los egresos debidos a enfermedades cardiovasculares corresponde a personas de 45 años y más. Detalle en la Cuadro No. 4

**Cuadro No. 4**  
**Egresos hospitalarios debidos a Enfermedades del Sistema Circulatorio**  
**por año, sexo y grupo de edad, CCSS**  
**2005-2014**

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

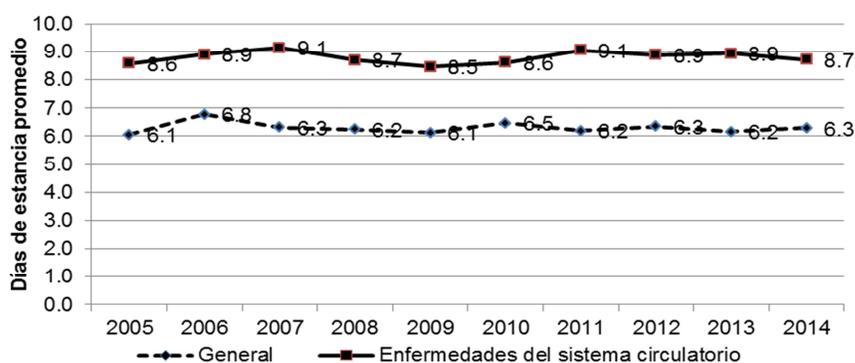
La estancia promedio de los egresos debidos a enfermedades del sistema circulatorio es de 8,7

<b>Sexo y grupo de edad</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Total</b>	<b>18.712</b>	<b>18.263</b>	<b>18.304</b>	<b>19.394</b>	<b>20.502</b>	<b>19.792</b>	<b>20.198</b>	<b>20.938</b>	<b>21.192</b>	<b>22.854</b>
<b>Hombre</b>	<b>9.812</b>	<b>9.617</b>	<b>9.464</b>	<b>9.842</b>	<b>10.437</b>	<b>10.239</b>	<b>10.645</b>	<b>10.544</b>	<b>10.772</b>	<b>11.639</b>
<i>Menos de 1</i>	34	40	35	34	41	21	20	45	25	29
<i>01 - 04</i>	56	65	41	53	51	57	50	35	52	46
<i>05 - 09</i>	70	69	65	73	65	70	64	70	75	68
<i>10 - 14</i>	142	131	117	100	90	93	103	107	120	111
<i>15 - 19</i>	171	160	174	174	158	171	161	152	178	168
<i>20 - 44</i>	1.570	1.560	1.405	1.491	1.552	1.410	1.391	1.459	1.488	1.407
<i>45 - 64</i>	3.250	3.159	3.244	3.391	3.692	3.785	3.834	3.796	3.935	4.344
<i>65 y Más</i>	4.519	4.433	4.383	4.526	4.788	4.632	5.022	4.880	4.899	5.466
<b>Mujer</b>	<b>8.900</b>	<b>8.646</b>	<b>8.840</b>	<b>9.552</b>	<b>10.065</b>	<b>9.553</b>	<b>9.553</b>	<b>10.394</b>	<b>10.420</b>	<b>11.215</b>
<i>Menos de 1</i>	26	22	34	23	30	32	29	18	26	18
<i>01 - 04</i>	37	52	43	49	54	42	23	32	36	38
<i>05 - 09</i>	50	67	53	58	54	68	52	60	52	51
<i>10 - 14</i>	51	45	58	82	71	72	82	55	74	77
<i>15 - 19</i>	89	110	98	86	75	69	84	88	95	100
<i>20 - 44</i>	1.732	1.572	1.622	1.827	1.879	1.505	1.466	1.581	1.455	1.603
<i>45 - 64</i>	2.872	2.855	3.001	3.257	3.639	3.351	3.362	3.809	3.957	4.296
<i>65 y Más</i>	4.043	3.923	3.931	4.170	4.263	4.414	4.455	4.751	4.725	5.032

días en promedio en el 2014. Comportamiento bastante estable desde hace 10 años. Según se muestra en el gráfico No. 2.

**Gráfico No. 2**

Estancia promedio general y de los egresos debidos a enfermedades del sistema circulatorio. C.C.S.S. 2005-2014



Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

Distribución por centro: En el año 2014 los tres hospitales nacionales concentraron el 48% (11.002 egresos) de los egresos debidos a enfermedades del sistema circulatorio.

**Cuadro No. 5**

Egresos por hospital por Enfermedades del Sistema Circulatorio por año sexo y grupo de edad, CCSS 2005-2014

<b>Centro de salud</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Total</b>	<b>18.712</b>	<b>18.263</b>	<b>18.304</b>	<b>19.394</b>	<b>20.502</b>	<b>19.792</b>	<b>20.198</b>	<b>20.938</b>	<b>21.192</b>	<b>22.854</b>
Hospital San Juan de Dios	2.400	2.373	2.853	3.340	3.551	2.922	3.008	3.233	3.636	4.030
Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia	2.161	2.140	2.216	2.572	2.729	2.781	2.921	3.235	3.593	3.812
Hospital México	3.097	2.907	2.636	2.812	3.497	3.256	2.888	2.869	2.867	3.160
Hospital de San Rafael	1.116	1.046	883	995	1.119	990	1.053	1.235	1.270	1.409
Hospital San Vicente de Paúl	537	734	594	606	690	930	1.158	1.140	1.109	1.228
Hospital Maximiliano Peralta Jiménez	1.089	1.055	1.062	1.392	1.259	1.137	1.172	1.100	1.142	1.222
Hospital Enrique Baltodano Briceño	740	645	736	721	776	764	700	916	869	946
Hospital Fernando Escalante Pradilla	1.092	987	885	883	745	737	773	789	852	923
Hospital Tony Facio Castro	603	639	689	650	652	770	763	851	839	817
Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez	943	901	841	491	489	711	999	857	553	812
Hospital de San Carlos	682	666	680	669	694	698	657	744	745	709

Hospital Carlos Luis Valverde Vega	855	775	691	739	754	703	695	704	733	703
Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes	610	580	632	597	604	533	611	563	509	572
Otros hospitales	2.787	2.815	2.906	2.927	2.943	2.860	2.800	2.702	2.475	2.511

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

A partir del año 2005, se da un aumento en el porcentaje de egresos de los hospitales nacionales generales, cuadro No. 6, mientras que se mantiene el porcentaje de egresos de hospitales regionales, disminuyendo el porcentaje de egresos por esas patologías en los hospitales periféricos, a un 16.57 % en el último año. Esto podría eventualmente corresponder a un manejo más apegado a las recomendaciones internacionales, que evidencian la necesidad de una angiografía con colocación de stent en los primeros 120 minutos de ocurrido el evento, Infarto Agudo de Miocardio, lo que llevará a mejorar no solo la mortalidad, sino disminuir la morbilidad, y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

**Cuadro 6**  
**Egresos por Enfermedades del Sistema Circulatorio**  
**según tipo de Hospital, CCSS**  
**2005-2014**

Centro	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Hospitales Nacionales</b>	40.9	40.6	42.0	44.9	47.6	45.2	43.6	44.5	47.6	48.1
<b>Hospitales Regionales</b>	3	3	9	8	9	7	5	9	4	4
<b>Otros hospitales</b>	36.3	36.5	34.8	33.0	31.3	34.0	36.0	36.4	34.8	35.2
	5	4	0	4	3	4	2	5	2	9
	22.7	22.8	23.1	21.9	20.9	20.7	20.3	18.9	17.5	16.5
	2	3	0	8	8	0	3	6	4	7

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

Sobre la mortalidad en la CCSS Institución, se debe diferenciar la mortalidad de patología cerebrovascular, de la producida por enfermedad isquémica coronaria. En el Cuadro No. 7, se detalla la mortalidad general por egresos según año, y el porcentaje que representa cada una de las patologías, que son parte de la Enfermedad Cardiovascular.

**Cuadro No. 7**  
**Mortalidad según egreso y causa de egreso de principales Enfermedades del Sistema**  
**Circulatorio, hospitales Caja Costarricense de Seguro Social**  
**2010-2014**

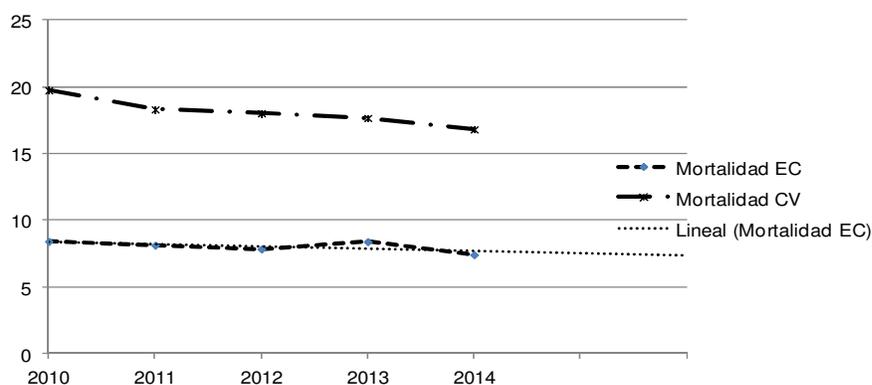
	2010	2011	2012	2013	2014
<b><u>Egresos totales</u></b>	<b><u>329,34</u></b>	<b><u>330,70</u></b>	<b><u>341,00</u></b>	<b><u>343,09</u></b>	<b><u>340,07</u></b>
	<b><u>9.00</u></b>	<b><u>7.00</u></b>	<b><u>8.00</u></b>	<b><u>3.00</u></b>	<b><u>8.00</u></b>

<b><u>Egresos por Enfermedades del Sistema Circulatorio</u></b>	<b>19,792</b>	<b>20,198</b>	<b>20,938</b>	<b>21,192</b>	<b>22,854</b>
<i>Enfermedades Isquémicas del Corazón</i>	5,396	5,425	5,578	5,488	6,235
<i>Enfermedades Cerebrovasculares</i>	2,565	2,847	2,920	2,981	2,943
<b><u>Defunciones totales</u></b>	<b><u>7,320.0</u></b>	<b><u>7,231.0</u></b>	<b><u>7,238.0</u></b>	<b><u>7,567.0</u></b>	<b><u>7,648.0</u></b>
	<b><u>0</u></b>	<b><u>0</u></b>	<b><u>0</u></b>	<b><u>0</u></b>	<b><u>0</u></b>
<i>% Mortalidad general</i>	2.22	2.19	2.12	2.21	2.25
<b><u>Defunciones de Enfermedades del sistema circulatorio</u></b>	<b>1,808</b>	<b>1,828</b>	<b>1,827</b>	<b>1,878</b>	<b>1,839</b>
<i>% mortalidad en relación al total de defunciones</i>	24.70	25.28	25.24	24.82	24.05
<i>% Mortalidad en relación al total de egresos</i>	0.55	0.55	0.54	0.55	0.54
<i>% Mortalidad Enfermedad Isquémica / Mortalidad hospitalaria</i>	6.19	6.08	6.04	6.08	6.08
<i>% Mortalidad Enf Cerebrovascular/ Mortalidad hospitalaria</i>	6.91	7.21	7.27	6.95	6.46
<i>% Mortalidad enfermedad Isquémica /egresos por enfermedad isquémica</i>	8.40	8.11	7.83	8.38	7.46
<i>% Mortalidad Enf Cerebrovascular/ egresos por Enf Cerebrovascular</i>	19.73	18.30	18.01	17.65	16.79

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

Es importante señalar como se demuestra en el gráfico No. 3 que ha habido un descenso, en la mortalidad por patología isquémica coronaria en relación al número de egresos por esa patología. La línea de tendencia, indica que de continuar las mismas características de la población, la mortalidad no llegará a disminuir significativamente, el gráfico además nos permite valorar la diferencia en la mortalidad, entre ambas patologías, en relación al número de egresos por la misma causa.

**Gráfico No. 3**  
**Porcentaje de mortalidad en Enfermedad Coronaria y Enfermedad Cardiovascular en relación a egresos hospitalarios por esas patologías, CCSS 2010-2014**



Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

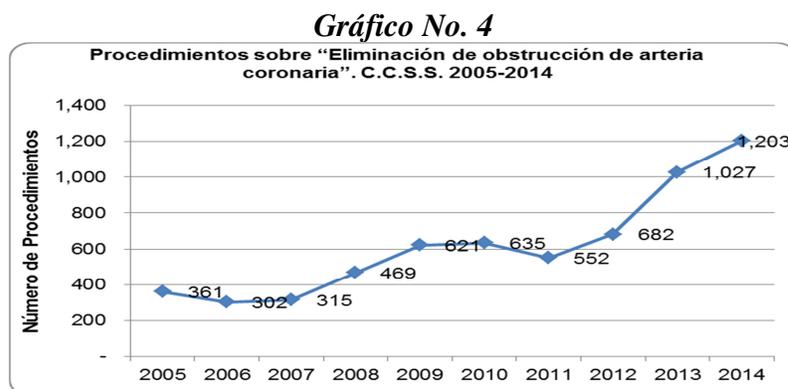
Según el Área de Estadísticas de Salud, el número de procedimientos que se realizan en nuestra institución relacionada con la patología cardiovascular, se demuestra en el cuadro No. 8.

**Cuadro No. 8**  
**Egresos hospitalarios debidos a Operaciones del Aparato Cardiovascular**  
**por año según procedimiento principal, CCSS**  
**2005-2014**

<b>Procedimiento principal</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Total</b>	<b>5.484</b>	<b>5.455</b>	<b>5.685</b>	<b>6.718</b>	<b>7.501</b>	<b>7.120</b>	<b>7.488</b>	<b>8.341</b>	<b>9.563</b>	<b>10.318</b>
Operaciones sobre válvulas y tabiques del corazón	239	256	242	238	238	249	221	238	269	288
Operaciones sobre vasos cardíacos	732	674	702	779	899	863	872	1.021	1.245	1.358
Otras operaciones sobre corazón y pericardio	773	857	717	890	1.040	1.084	1.107	1.077	1.168	1.366
Incisión, excisión y oclusión de vasos	2.996	2.884	3.255	3.954	4.537	4.084	4.467	5.172	5.969	6.409
Otras operaciones sobre vasos	744	784	769	857	787	840	821	833	912	897

Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

Sobre los procedimientos realizados en el aparato cardiovascular, se observa que la mayor cantidad de procedimientos son las incisiones, excisiones y oclusiones de vasos. Los catéteres están incluidos en la categoría de otras operaciones sobre vasos cardiacos, procedimiento que muestra una tendencia creciente sobre todo en el último período. Pasando de 361 procedimientos realizados en el 2005 a 1.203 procedimientos en el 2014. Como se demuestra en el siguiente, gráfico:



Fuente: Área de Estadísticas en Salud. DPSS. CCSS. 2015

## **ESPECIALIDAD EN HEMODINAMIA**

*La Institución ha realizado esfuerzos importantes de coordinación con la Universidad de Costa Rica, Programa de Posgrado en Especialidades Médicas, para la apertura de la Especialidad Hemodinamia para el año 2016.*

*En oficio PPE-1367-2015, de fecha 11 de setiembre de 2015, suscrito por la Dra. Flory Morera González, Directora a.i. del Programa señala:*

*“(...) Me refiero a los oficios D-PPEM-859-2015 y GMD-5302-15, mediante los cuales se hace referencia a la problemática actual, relacionada con las enfermedades cardiovasculares en nuestro país y que como parte del abordaje de tal situación resulta necesario crear la Especialidad en Hemodinamia para el 2016.*

*Sobre el particular, me permito indicarle luego de una revisión exhaustiva, reuniones con los Jefes de Servicio de Cardiología de los diferentes hospitales del país, revisión en la Comisión del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas y criterio del coordinador nacional de la Especialidad en Cardiología, se ha determinado que la alternativa más viable es que el quinto año del programa actual de la Especialidad en Cardiología se utilice para una preparación de cinco énfasis que con: Cardiología Intervencionista, Ecocardiografía Avanzada, Electrofisiología y Arritmias, Falla Cardíaca y Cardiopatías Congénitas en el adulto, el siguiente año de preparación en Cardiología Intervencionista deberá efectuarse fuera del país debido a que actualmente no se cuenta con la tecnología necesaria para formarlos, pudiéndose tomar referencia el documento adjunto preparado por el Comité de Posgrado en Cardiología (...)*

*La Dra. María Eugenia Villalta, Gerente Médica en oficio GMD-366-15, del 21 de setiembre de 2015, solicita a la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del CENDEISSS, la atención de lo indicado en el oficio citado anteriormente.*

*La Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del CENDEISSS, en oficio D.E.-4788-15, de fecha 30 de setiembre de 2015, convocó a reunión a los actores responsables para implementar lo solicitado por la Gerencia Médica.*

## **FORMACIÓN DE RECURSO HUMANO EL HOSPITAL EL CRUCE, ARGENTINA**

*Consecuentemente con la situación que se vive a nivel Institucional en el tratamiento de la patología cardiovascular, un equipo interdisciplinario de Médicos Especialistas en Cardiología y Cirugía de Tórax de la Institución, han considerado que para el fortalecimiento de las acciones de los hospitales que conforman la red, en relación al tratamiento de esta patología, es importante la cooperación entre países que han tenido en ésta materia éxito, demostrado a través del tiempo, no solamente en la calidad de los procedimientos si no en la estructura organizativa que les ha permitido buenas prácticas en este tema.*

*El intercambio de experiencias y la visualización de nuevos horizontes, va a beneficiar en mucho a los especialistas costarricenses. El proyecto se ha planteado de acuerdo a la necesidad que tienen los Hospitales Nacionales de responder a una alta demanda de servicios en materia*

*cardiovascular, el Hospital México, tiene adscrito el 56% de la población nacional, los hospitales San Juan de Dios y el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, ambos completando el 44% restante, en el caso de Sala Híbrida solo el Hospital México es el único centro que pueda realizar esta labor dado el alto nivel de especialización.*

*De esta manera se pretende una alianza con homólogos argentinos orientados en tal cimiento y tal gestión en términos de normativa, tecnología, evaluación y desarrollo de competencias de funcionarios, todo en materia cardiovascular.*

*Lo anterior basados en los excelentes resultados logrados en esta especialidad por parte de Argentina, el intercambio de experiencias exitosas, en formación, capacitación y asesoría de expertos, así como también lecciones aprendidas va a permitir una mejora en los índices de calidad en el tratamiento de los asegurados.*

*El Hospital El Cruce, Alta Complejidad en Red, surge como respuesta a la necesidad de los habitantes de Florencio Varela, Berazategui, Almirante Brown y Quilmes de acceder a una atención de mayor complejidad, que incluye entre otras cosas distintos estudios para diagnóstico e intervenciones quirúrgicas especializadas. Constituye un nodo de la red de salud de la región, integrada por varios hospitales.*

*Para acceder a la atención del hospital, es indispensable ser derivado de dichos hospitales en caso de requerir una mayor complejidad. Para esto se cuenta con un servicio de gestión de pacientes que coordina los turnos de las diferentes especialidades.*

*El Hospital El Cruce, cuenta con 130 camas de las cuales el 50% son de internación especializada en terapia intensiva, unidad coronaria, recuperación cardiovascular, entre otras. Está equipado con tecnología de última generación: tomógrafo de seis cortes; resonador magnético de imán abierto de 0,23 (único con estas características en establecimientos públicos del conurbano); equipo de hemodinamia que permite la realización de cateterismo y un sistema de monitoreo con equipos modulares en terapias y quirófanos en red.*

### **PRIMERA ETAPA DEL PROYECTO**

#### ***Informe de la visita de expertos del Hospital El Cruce, Argentina, para realizar diagnóstico.***

*La misión fue solicitada por la República de Costa Rica al Fondo de Cooperación Argentina FO-AR dependiente de la Dirección General de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones y Culto de la República Argentina Cancillería, orientado a la formación académica de profesionales en las áreas de Electrofisiología Cardíaca y Recuperación de Cirugía Cardiovascular, fuertemente deficitarios en ese país.*

*La Cancillería Argentina y el Ministerio de Salud de la Nación encomendaron a las autoridades del Hospital El Cruce la designación de profesionales técnicos en la materia para un primer contacto con las autoridades del área de salud y médicos del servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular del Hospital México de San José de Costa Rica.*

*Los Dres. Alejandro Villamil, Jefe de la Sección Electrofisiología y Francisco Bertolotti miembro del Área de Recuperación Cardiovascular y de la Sección Electrofisiología, fueron designados a la misión que transcurrió desde el 9 al 15 de agosto de 2015.*

*El alcance del proyecto original, requirió una modificación, con el propósito de abarcar a los hospitales que atienden patología cardiovascular, El motivo del cambio fue la reciente crisis desencadenada por la incapacidad de los servicios de cirugía cardiovascular existentes, para cubrir la creciente demanda de cirugía cardiovascular, lo que resultó en la conformación de una lista de espera de más de 750 pacientes, muchos de los cuales impulsaron reclamos vía recursos de amparo e informes legislativos.*

*Bajo este nuevo marco de referencia, las autoridades de la CCSS y el CENDEISSS impulsaron una serie de reuniones en siete hospitales con niveles de complejidad II y III, citando a sus Directores, Jefes de Servicios de Cardiología, Hemodinamia y Cirugía CV a presentar informes sobre producción, déficits y alcances esperados de la cooperación.*

*Durante los primeros tres días se efectuaron siete visitas a Hospitales, 4 de nivel III (Hospitales México, Calderón, San Juan de Dios y Nacional de Niños) y 3 de nivel II (Hospitales Alajuela, Heredia y Cartago), efectuando el primer contacto con los servicios de cardiología, hemodinamia, electrofisiología, cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular de cada Hospital.*

*Los dos últimos dos días la actividad de la misión se centró en reuniones de trabajo con los representantes de cada Hospital, autoridades de la CCSS, el CENDEISSS y los coordinadores de la misión para la confección de un pre informe.*

*Antes de finalizar la visita los Dres. Alejandro Villamil y Francisco Bertolotti, el día 13 de agosto de 2015, presentaron a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, el informe final del diagnóstico realizado a los hospitales, en esa misma sesión de trabajo el Dr. Ricardo Chacón Bolívar, Coordinador del Equipo Técnico del Proyecto, presentó el plan de abordaje para los hallazgos más críticos. Tanto el diagnóstico de los expertos argentinos como el plan de abordaje, fueron compartidos en dos sesiones de trabajo con la Comisión para la Implementación de Estrategias en el Abordaje de la Enfermedad Cardiovascular.*

### ***Aspectos generales de los servicios de Cardiología en Nivel III:***

*Específicamente, en el área cardiovascular existen 4 Hospitales Nivel III con servicios de hemodinamia y cirugía cardiovascular en funcionamiento: Hospitales México, Calderón y San Juan de Dios para adultos y Hospital de Pediatría para niños. En cuanto a la especialidad de electrofisiología solo el hospital Calderón la posee con baja disponibilidad horaria para las prácticas y el Hospital de Pediatría que efectúa solo 2 procedimientos mensuales.*

*Los Hospitales de nivel III poseen completas salas de hemodinamia y cirugía, sin desarrollo de Unidades Coronarias ni áreas específicas de recuperación de pacientes post cirugías cardiovasculares (CCV) que son recuperados en Unidades de terapia Intensiva. El Hospital Calderón es la excepción donde se desarrolló un área separada de recuperación de CCV de 4 camas de UTI.*

*Los servicios de Cirugía cardiovascular están conformados por entre 3 a 5 cirujanos con distintos grados de entrenamiento, mientras que los servicios de cardiología están formados por entre 4 y 6 cardiólogos y un grupo de residentes en diversos años de formación académica.*

*Los servicios de imágenes no invasivas en cardiología están estrechamente relacionados a la ecocardiografía, doppler cardíaco, eco tridimensional, eco stress y eco trans esofágico ya que adolecen de equipos para perfusión miocárdica (Spect), RNM cardíaca y Angio TACMS, así como de expertos en la materia.*

*Existe en este momento un plan para instalar equipos de Angio TAC MS para todos los Hospitales Nivel III, aunque sin el debido acompañamiento de recurso humano para su puesta en marcha en cardiología.*

*No hay una administración centralizada de camas, turnos de hemodinamia o cirugía cardiovasculares, existiendo gran asimetría entre la actividad de los 3 hospitales de adultos Nivel III. Por ejemplo, el Hospital México atiende el 56% de las consultas cardiológicas del país, recibiendo la derivación de alta complejidad cardiovascular de 12 hospitales de menor nivel, cuando el Hospital Calderón recibe la de 8 Hospitales y el Hospital San Juan de Dios de apenas 4 Hospitales. Esta asimetría ha generado una lista de espera de cada Hospital, que en el México es de cerca de 300 casos al igual que en el Calderón, siendo que el Hospital San Juan de Dios no posee lista de espera.*

*Por otro lado, aspectos de conformación de los organigramas de cada Hospital pueden hacer poco eficientes el escaso recurso humano disponible. Por ejemplo, en el Hospital México el Servicio de Cirugía Cardiovascular incluye el de cirugía torácica, generando esta última tarea una derivación del recurso humano a una labor que disminuye horas de cirugía cardiovascular al servicio de CCV.*

### **Hospital México:**

*Se trata de un Hospital general localizado en la capital, centro de referencia asistencial y docente con alto reconocimiento científico, que cuenta aprox. con 500 camas y 4500 empleados, cubriendo la atención de 2.500.000 habitantes con 12 Hospitales derivadores.*

*El Servicio de Cardiología posee un total de 11 profesionales médicos y residentes. El Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular tiene cinco cirujanos CV y dos cardiólogos efectuando cuatro a seis cirugías por semana, más emergencias. La recuperación post quirúrgica es efectuada en la Unidad de Terapia Intensiva. Posee una Unidad Coronaria de cuatro camas de baja complejidad con poca colaboración al área de cirugía cardiovascular.*

*El Servicio de Hemodinámica cuenta con dos salas bien equipadas, con 3 hemodinamistas, una compartida. En las salas se efectúan los implantes de dispositivos marcapasos definitivos, cardiodesfibriladores y resincronizadores.*

### ▪ **Problemas Observados:**

- a) Estructura edilicia inadecuada.

- b) *Listas de espera para procedimientos de CCV (300) y Hemodinámica*
- c) *Servicio unificado de Cirugía CV y Torácica.*
- d) *Ausencia de Servicio de Electrofisiología y dispositivos*
- e) *Insuficiente capacitación de cardiólogos en recuperación de CCV.*
- f) *Insuficiente recurso humano en cardiología y cirugía Cardiovascular.*
- g) *Ausencia de registros digitales únicos en red. (Epicrisis – HC)*

▪ **Sugerencias preliminares – primera misión:**

- a) *Plan edilicio de reestructuración de la UCO y recuperación CCV*
- b) *Unificar listas de espera nacional para CCV - Hemodinamia según prioridad*
- c) *Independizar Servicio de Cirugía CV de Cirugía Torácica.*
- d) *Desarrollar Servicio de Electrofisiología y dispositivos*
- e) *Desarrollar plan de formación de médicos en recuperación de CCV.*
- f) *Promocionar formación de médicos cardiólogos y cirujanos CV.*
- g) *Implementar Epicrisis cardiovascular digital nacional en red.*

**Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia**

*Se trata de un Hospital Escuela que cuenta aproximadamente con 540 camas y 4.500 empleados cubriendo la atención de 1.460.000 habitantes con un alto reconocimiento científico.*

*El Servicio de Cardiología está conformado por 10 cardiólogos y el Servicio de Cirugía Cardiovascular por 3 cirujanos CV efectuando de 4 a 5 cirugías por semana recuperando los pacientes en una unidad de recuperación independiente.*

*El Servicio de Hemodinámica posee una sala bien instalada con Servicio de Electrofisiología con navegador tridimensional aún sin usar.*

▪ **Problemas Observados:**

- a) *Estructura edilicia: inadecuada circulación en área de quirófanos*
- b) *Listas de espera para CCV (300) y Hemodinámica (150)*
- c) *Insuficiente capacitación de cardiólogos en recuperación de CCV.*
- d) *Insuficiente recurso humano en cardiología y cirugía Cardiovascular.*
- e) *Ausencia de registros digitales únicos en red. (Epicrisis – HC)*

**Hospital San Juan de Dios**

*Se trata de un Hospital Escuela de 170 años de vida declarado patrimonio histórico nacional con protección de su estructura edilicia y un mantenimiento excelente que cuenta aprox. con 700 camas y 4500 empleados, cubriendo la atención de 1.500.000 habitantes, cuatro hospitales periféricos le derivan los pacientes de alta complejidad.*

*El Servicio de Hemodinámica posee dos salas bien equipadas, una de ellas estrenada recientemente sin servicio de electrofisiología.*

▪ **Problemas Observados:**

- a. *Baja tasa de ocupación en UCI, sala de hemodinamia y CX.*
- b. *Listas de espera para procedimientos de CCV 14, Hemodinámica*

- c. *Insuficiente capacitación de cardiólogos en recuperación de CCV.*
- d. *Insuficiente recurso humano y cirugía Cardiovascular.*
- e. *Ausencia de registros digitales únicos en red. (Epicrisis – HC)*

### ***Hospital San Vicente de Paúl***

*Hospital de reciente construcción (5 años) nivel de complejidad II, con excelente estructura física, focalizado en la emergencia, maternidad, pediatría y cirugía general que cubre la atención de 450.000 habitantes.*

*Posee un servicio de cardiología con 4 integrantes con 12 camas de internación general sin UCO y con 8 camas de UTI, solo 4 en uso.*

*Deriva los pacientes de alta complejidad al Hospital México (aproximadamente 5 para CCV y 10 para ATC por mes).*

▪ ***Problemas Observados:***

- a. *No posee servicio de Hemodinamia, electrofisiología ni CCV ni recurso humano formado para esas áreas.*

### ***Hospital San Rafael de Alajuela***

*Se trata de un Hospital Nivel II de reciente construcción con un Servicio de Cardiología con 4 cardiólogos, 24 camas de sala general, 2 camas de atención intermedia cardíaca y 8 camas de Unidad de Terapia Intensiva polivalente.*

*No posee Unidad Coronaria, Hemodinamia, Electrofisiología ni Cirugía Cardiovascular, derivando sus pacientes al Hospital México.*

▪ ***Problemas Observados:***

- a. *Falta de sala de hemodinamia, CCV y UCO*
- b. *Buen candidato para 4 servicio de CCV*

### ***Hospital Dr. Max Peralta***

*Se trata de un Hospital regional ediliciamente deficiente sin capacidad de crecimiento que cubre la atención de 550.000 habitantes con 250 camas y una Unidad de Terapia Intensiva de 8 camas polivalentes que derivan los pacientes complejos al Hospital Calderón.*

*Posee un Servicio de Cardiología con 4 cardiólogos con listas de espera para hemodinamia de 150 casos.*

▪ ***Problemas Observados:***

- f. *Estructura edilicia: y distribución de áreas inadecuada sin posibilidad de ampliación.*
  - a. *Necesita sala de hemodinámica por extensa lista de espera a dos años.*
  - b. *Instalar UCO para apoyo de servicio de hemodinamia.*

- c. 100% ocupación.
- d. Fortalecer implantología de dispositivos de alta energía.

### **Hospital Nacional de Niños**

*Es el único Hospital Pediátrico de Nivel III que cuenta aproximadamente con 700 camas cubriendo la atención especializada de la población pediátrica de Costa Rica.*

*Posee alto reconocimiento científico en la comunidad con un Servicio de Cardiología de 4 cardiólogos y un Servicio de Cirugía Cardiovascular con 4 cirujanos CV que efectúan de 4 a 8 cirugías por semana, recuperando los pacientes en UTI en sector independiente ya que no tiene Unidad Coronaria.*

*Posee Servicio de Hemodinámica con una sala bien equipada y Servicio de electrofisiología con navex realizando aprox. 2 procedimientos mensuales.*

#### **▪ Problemas Observados:**

- a. Insuficiente capacitación de cardiólogos en recuperación de CCV.
- b. Insuficiente recurso humano en cirugía Cardiovascular.
- c. Ausencia de registros digitales únicos en red. (Epicrisis – HC)
- d. Interés en formación en anestesiología pediátrica CV y Trasplante hepático.

### **Recomendaciones**

*Una vez finalizada la primera etapa del proyecto, que consistió en la visita de los Doctores Alejandro Villamil y Francisco Bertolotti del Hospital El Cruce Argentina, realizada del 10 al 15 de agosto de 2015, se derivan una serie de recomendaciones en cuanto a la situación actual de la atención de la patología cardiovascular.*

*Con este panorama y con el propósito de aprovechar la cooperación de Argentina por medio de FOAR se amplió el alcance del proyecto original, derivando en la conformación de un equipo de trabajo para desarrollar el **Proyecto: “Red Institucional para la atención de personas usuarias con patología cardiovascular de alta complejidad”**, el equipo técnico designado para atender este proyecto trabajó en conjunto con los Dres. Villamil y Bertolotti, para realizar las siguientes recomendaciones:*

#### **a) Cumplimiento compromiso de la CCSS**

- *Atendiendo el compromiso adquirido ante la Cancillería, MIDEPLAN y FOAR, una misión de la CCSS debe realizar una visita al Hospital El Cruce, con el fin de analizar su modelo de funcionamiento, manejo de la patología cardiovascular y explorar el desarrollo del recurso humano para fortalecer la red institucional de Costa Rica.*
- *La visita debe ser asumida con fondos de la CCSS, debido a que FOAR financió el 100% de la visita de los expertos argentinos, cuando el compromiso fue de costos compartidos, para lo cual se cuenta con recursos de las partidas 2132 y 2138 del CENDEISSS.*

**b) Búsqueda de información**

- *Reforzar el trabajo con estadística, informática, procesos y proyectos.*
- *Evaluar la producción de los servicios de Hemodinamia y Cirugía Cardíaca de los Hospitales Nacionales nivel III.*
- *Realizar un análisis de cada servicios de cirugía torácica y CV para identificar problemas que interfieren en la producción quirúrgica.*
- *Crear una red virtual nacional para epicrisis e información digital de pacientes.*

**c) Incrementar la capacidad operativa de CCV**

- *Con el fin de aumentar rápidamente la capacidad operativa de los equipos ya existentes de cirugía cardíaca se propone implementar un horario vespertino para la realización de estas cirugías. (existe el antecedente de su implementación en el Hospital México donde se acordó una remuneración extraordinaria de cirugía vespertina del 14.6% del salario base).*
- *Los Hospitales México y Calderón Guardia ya han manifestado deseos de establecer esta modalidad de trabajo mientras que el Hospital San Juan de Dios que no tiene lista de espera de Cirugía Cardíaca, podría sumarse a la propuesta de unificación de la lista de espera de pacientes para cirugía cardíaca a nivel nacional.*
- *Solicitar a la UTLE la unificación nacional de las listas de espera para Cateterismo y Cirugía Cardíaca, según gravedad del paciente en escala del rojo, amarillo y verde.*
- *Revisar los diagramas de derivación de la patología cardiovascular de alta complejidad desde los Hospitales de nivel II a III para hacerlos más equitativos.*
- *Protocolizar en red los requisitos previos de pacientes que serán llevados a procedimientos de cateterismo y cirugía cardíaca.*

**d) Plan anual de gestión**

- *Designar una Red Nacional de gestión para la atención de la patología cardíaca.*
- *Fortalecimiento de los servicios metropolitanos de cardiología e implementación de zonas de referencia cardiovascular.*
- *Implementar unidades de dolor torácico, clínicas de insuficiencia cardíaca y unidades de recuperación cardiovascular.*
- *Incorporar las recomendaciones de Gestión de Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de Servicios de Cardiología PEO GM-AD-P001-14 para mejorar la eficiencia, delimitar el grupo de pacientes y descongestionar los tiempos de las listas de espera de procedimientos diagnósticos (ecocardiograma, pruebas de esfuerzo, Holter).*
- *Mejorar la calidad y accesibilidad de la farmacopea nacional.*

**e) Plan de formación del recurso humano en centros extranjeros**

- *Capacitar a médicos cardiólogos e intensivistas durante 3 meses en recuperación de pacientes post cirugía y trasplante cardíaco.*
- *Perfeccionar las técnicas de implante y control de dispositivos de baja y alta energía a través de pasantías de 3 meses por el servicio de electrofisiología y dispositivos y jornadas teórico prácticas en los Hospitales de Costa Rica.*

- *Desarrollar nuevas técnicas en cirugía cardíaca (plastia mitral, cirugía mínimamente invasiva, cirugía fuera de bomba, cirugía de aorta, etc.) por medio de pasantías de 6 meses en el servicio de cirugía cardiovascular.*
- *Transmitir la experiencia del funcionamiento de unidades coronarias en Argentina mediante pasantías de 6 meses en UCO.*
- *Formar médicos en electrofisiología cardíaca durante 2 años cumpliendo el programa de la carrera universitaria de electrofisiología de la Universidad de La Plata con título certificado por la CONEAU.*
- *Jornadas teórico prácticas de electrofisiología invasiva en Hospitales de Costa Rica hasta poder contar con electrofisiólogo idóneo certificado.*
- *Formar médicos en Hemodinamia cardíaca durante 2 años, cumpliendo el programa de la carrera oficial del Colegio Argentino de Hemodinamia Intervencionista.*

## **SEGUNDA ETAPA DEL PROYECTO**

### **Objetivos de la visita:**

- *Conocer el Modelo de Gestión del Hospital El Cruce en materia cardiovascular, de tal manera que se pueda recibir asesoría técnica para apoyar o bien reformular el modelo de gestión de la Caja Costarricense del Seguro Social, dadas las ventajas que ha demostrado el modelo argentino en forma histórica.*
- *Actualizar y desarrollar actividades que fomenten la eficacia de las diferentes especialidades, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Perfusión y Cardiología en su quehacer y en relación a las demandas de dichos servicios por parte de los asegurados costarricenses.*
- *Visualizar nuevos modelos de atención, que permitan dar una mayor y mejor cobertura al tratamiento de la patología cardiovascular en la Institución.*

*Dentro de las actividades de la visita se estudiará aspectos tales como red de comunicación, tipo de cirugías, nivel de complejidad, áreas de recuperación cardiovascular, quirófanos, salas híbridas, de Hemodinamia, electrofisiología, sistema de referencia y contra referencia, así poder analizar y realizar un diagnóstico de dicho centro con el fin de confección un modelo para implementarlo en nuestro país.*

*Por otra parte se desea establecer un programa de cooperación en materia de formación de recurso humano en dicho centro, en subespecialidades que no existen a nivel nacional, como lo son electrofisiología, implantología de marcapasos, recuperación cardiovascular, Hemodinamia, trasplante cardíaco y otras técnicas quirúrgicas, unidad coronaria, cirugía híbrida y mínimamente invasiva, todo con el fin de perfeccionar y mejorar la atención de la patología cardiovascular y dotar a la Institución de personal idealmente capacitado en la atención de patología cardiovascular.*

*Se propone en el aspecto de formación y capacitación:*

- *Tres rotaciones por año para cirujanos cardiovasculares.*

- *Una rotación de tres meses para seis profesiones en recuperación cardíaca (cardiología, medicina interna y cuidado intensivo).*
- *Una rotación de tres meses para médicos en implantología, para tres médicos cardiólogos, cirujanos de tórax.*
- *Cuatro enfermeras por hospital (San Juan de Dios, Calderón, México) para unidades de recuperación cardíaca.*
- *Dos médicos especialistas en electrofisiología (2 años) y tres médicos especialistas en Hemodinamia (2 años), para los hospitales de Cartago, Alajuela y Heredia.*
- *Dos rotaciones para médicos especialistas en Medicina Extracorpórea, para los hospitales Calderón Guardia y México.*
- *Capacitaciones en electrocardiografía y Ecocardiografía para médicos generales de I y II nivel.*

*Por otro lado y con idea de establecer relaciones estratégicas con países que han desarrollado sus programas exitosamente a través del tiempo, se considera que la alianza que se pueda establecer en este sentido, pueda perdurar a través del tiempo y facilite, no solamente la visualización de la logística que ellos emplean, si no también explorar nuevas áreas siempre dentro de la materia cardiovascular, que puedan solventar debilidades dentro de nuestro sistema.*

*El cumplimiento de los objetivos propuestos, se traducirán en importantes beneficios en la atención de las personas usuarias con patología cardiovascular, de los cuales se destacan:*

***1. Mejorar y aumentar el número y la calidad de los procedimientos quirúrgicos cardiovasculares.***

*Es importante señalar que Costa Rica ha tenido importantes avances en materia técnico quirúrgica del tratamiento de la patología cardiovascular.*

*La República Argentina con sus antecedentes, ha establecido un sistema de manejo quirúrgico de la enfermedad, que es respetado alrededor del mundo, y lo han puesto a la vanguardia en la implementación de técnicas y modelos de atención que satisfaga las necesidades de ese gran país.*

*De esta manera se pretende fortalecer, el programa de tratamiento de la enfermedad en nuestro país, de acuerdo a la posibilidad que brinde el modelo argentino para ser incorporado dentro de nuestras necesidades y capacidad instalada.*

***2. Fortalecer el Programa de Medicina Extracorpórea.***

*Recientemente se ha puesto de manifiesto que la Medicina Extracorpórea juega papel fundamental en el pronóstico de los pacientes que son sometidos a cirugía cardíaca. La experiencia argentina ha sido basta en este sentido y ha proporcionado enormes contribuciones a este tipo de especialidad alrededor del mundo.*

*Se creó un programa de Medicina Extracorpórea, que pretende llenar las necesidades en el actual Modelo Institucional del Tratamiento Quirúrgico, de esta patología. Se pueden*

*obtener grandes beneficios del intercambio de ideas y el aporte técnico especializado de la parte Argentina, para ser incorporados al modelo de tratamiento institucional.*

### **3. Fortalecimiento de Hemodinamia y Electrofisiología**

*Actualmente la institución ha hecho grandes esfuerzos para poder llevar a cabo programas intensivos en los laboratorios de Hemodinamia y para poder solventar las necesidades de la demanda de este tipo de servicios.*

*La experiencia acumulada por la hermana República Argentina, pone en evidencia que pueden fortalecer desde el punto de vista logístico, la práctica de la Hemodinamia, en Costa Rica, que actualmente pasa por una etapa crítica dada las listas de espera y la problemática institucional en esta materia.*

*Con respecto a Electrofisiología, en dónde se vive una crisis importante a nivel institucional, ya que actualmente la institución cuenta con un especialista Electrofisiología en el Hospital Calderón Guardia, uno en formación, Dr. Federico Malavassi Corrales, en la Universidad de la Sabana, Colombia, quien finaliza estudios a finales de julio del 2016.<sup>2</sup>*

*Por lo expuesto, la interacción con el grupo argentino va a permitir ver el funcionamiento de una Clínica de Electrofisiología y el trabajo mancomunado de Médicos Cirujanos Cardiovasculares, Cardiólogos Hemodinamistas y Electrofisiólogos, para lograr atender en forma oportuna y adecuada la patología cardíaca en forma integral.*

*Se propone que la participación de los Dres. Ricardo Chacón Bolívar y Edgar Méndez Jiménez en la visita al Hospital El Cruce, Argentina, programada del 04 al 08 de noviembre de 2015.*

#### **Cuadro No. 8** **Perfiles de los participantes**

<b>Funcionario</b>	<b>Lugar de Trabajo</b>	<b>Criterio de participación</b>
<i>Dr. Ricardo Chacón Bolívar</i>	<i>Hospital México</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Médico Asistente Especialista en Cardiología y Medicina de Emergencias.</li> <li>· Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.</li> <li>· Coordinador del Equipo Técnico del Proyecto.</li> <li>· Docente de la Escuela de Medicina y del Programa de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, en las especialidades de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Medicina Extracorpórea.</li> </ul>

<sup>2</sup> Datos suministrados por la Subárea de Beneficios para Estudio del CENDEISSS.

<i>Dr. Carlos Brenes Umaña</i>	<i>Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia</i>	· <i>Médico Asistente Especialista en Cardiología, Servicio de Cardiovascular.</i> · <i>Miembro del Equipo Técnico del Proyecto.</i>
--------------------------------	---	---

Se solicitó la inclusión de los siguientes temas en la agenda a cubrir durante los días de la visita:

1. *Unidad coronaria*
2. *Unidad de recuperación cardiaca*
3. *Servicio de electro fisiología*
4. *Servicio de Hemodinamia*
5. *Cirugía de Aorta*
6. *Trasplante Cardíaco*
7. *Expediente electrónico*
8. *Lista priorizada con pacientes en red*
9. *Posibilidades de capacitación a futuro.*

En el cuadro No. 9 se detalla la agenda propuesta por el Hospital El Cruce, durante los días de la visita, del 02 al 06 de noviembre de 2015:

**Cuadro No. 9**  
**Agenda Propuesta por el Hospital El Cruce**

<b>AGENDA DE ACTIVIDADES</b>					
<b>Hora</b>	<b>Lunes 02</b>	<b>Martes 03</b>	<b>Miércoles 04</b>	<b>Jueves 05</b>	<b>Viernes 06</b>
<b>9-10 hs</b>	<i>Reunión con Dirección Ejecutiva</i>	<i>Unidad Coronaria (Dr. Carlos Tajer)</i>	<i>Recuperación Cardiovascular (Dra. Sandra Defelitto – Dr. Gonzalo Pomares)</i>	<i>Trasplante hepático (Dr. Federico Villamil)</i>	<i>Ecocardio (Dra. Graciela Reyes)</i>
<b>10-11 hs</b>	<i>Reunión con Dirección de procesos técnicos asistenciales</i>			<i>Patología de la Aorta (Dr. Ricardo Sarmiento – Dr. Juan Scaglia)</i>	<i>Electrofisiología (Dr. Alejandro Villamil – Dr. Francisco Bertolotti)</i>
<b>11-12 hs</b>	<i>Reunión con Dirección Médica</i>	<i>Trasplante Cardíaco (Dra. Vanesa Gregoriotti – Dr. Sergio Perrone)</i>	<i>Cirugía Cardiovascular (Dr. Alejandro Machain)</i>	<i>Condiciona a la presencia de un procedimiento en la sala de hemodinamia.</i>	
<b>12-13 hs</b>		<i>Ateneo de Cardiología</i>	<i>Cirugía Cardiovascular pediátrica (Dr. Diego Gutiérrez – Dr. Alejandro Jorajuría)</i>		

<i>13-14 hs</i>	<i>Almuerzo</i>	<i>Almuerzo</i>	<i>Almuerzo</i>	<i>Almuerzo</i>	<i>Almuerzo</i>
<i>14-15 hs</i>	<i>Sistemas de Información (Galileo – SIGHEOS)</i>	<i>Hemodinamia (Dr. Ricardo Sarmiento)</i>	<i>Investigación (Dra. Laura Antonietti)</i>	<i>Cardiopatías congénitas (Dr. Ricardo Gamboa)</i>	<i>Reunión de integración de la misión</i>
<i>15-16 hs</i>			<i>Gestión de Pacientes (Dr. Diego Cerrudo)</i>	<i>Imágenes (Dr. Pablo Pollono)</i>	
<i>16-17 hs</i>					

### **Dictamen Jurídico de la Asesoría Legal del CENDEISSS**

*Oficio CENDEISSS-AL-3129-1525 del 25 junio de 2015, suscrito por la Licda. Sofía Emiliana Carvajal Chaverri, Asesora Legal del CENDEISSS que dice:*

*...” La Subárea de Cooperación Internacional ha solicitado, mediante correo electrónico de fecha 22 de los corrientes, la emisión del criterio jurídico en relación con la propuesta de autorización de las actividades relacionadas con el desarrollo del Proyecto de Cooperación Técnica de Costa Rica con Argentina, para efectos de sufragar los gastos de: compra de servicio de hospedaje y alimentación para funcionarios destacados del Hospital El Cruce para efectos de venir a nuestro país con el propósito de participar como instructores o capacitadores, además de servicio de alimentación para veinte personas para dos talleres de capacitación..*

*Las actividades se realizarán, según se indica por parte de la Subárea supra, en los siguientes períodos:*

#### **Proyecto de Cooperación Técnica Costa Rica- Argentina**

- 1. Visita técnica de las autoridades del Hospital El Cruce a nuestro país, del 13 al 18 de julio de 2015.*
- 2. Dos talleres de capacitación para 20 personas los días 14 y 15 de julio de 2015.*
- 3. Visita técnica de una misión del Hospital México al Hospital El Cruce, sin definición de fecha, por depender del desarrollo de las dos actividades anteriores.*

#### **Antecedentes:**

*Para los efectos de este criterio es conveniente mencionar la suscripción de nuestro país del “Convenio de Cooperación Científica y Técnica entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Gobierno de la República de Argentina”.<sup>3</sup>*

*En dichos textos se establece un marco general de cooperación técnica y científica entre los países partes y la conformación de comisiones mixtas para lograr materializar los objetivos propuestos.*

<sup>3</sup> Publicado en el Diario Oficial de Costa Rica “La Gaceta” No. 87, del 07 de mayo de 1992.

*Para el caso con Argentina, se realizó una Comisión Mixta los días 16 y 17 de setiembre del año 2013, en la modalidad de costos compartidos, en la cual se aprobó el Proyecto Entrenamiento en materia cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida). (Ver oficio ACI-401-2013, del 1° de octubre de 2013, suscrito por el Área de Cooperación Internacional de MIDEPLAN.)*

*Como se observa, al establecerse como temas de atención prioritarios entrenamientos en materia cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida), los cuales son requeridos por la institución, se procede con el trámite correspondiente.*

### ***Responsabilidad del CENDEISSS***

*Como ya ha sido indicado, el Reglamento de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social así como, las Políticas, en lo que interesa, dispone que el CENDEISSS es el ente responsable de la conducción estratégica de los procesos de formación y capacitación institucionales.*

*La determinación de esas necesidades educativas corresponde a la demanda realizada mediante los estudios en materia de capacitación y formación, con el propósito de mejorar el desempeño profesional. Lo anterior con base en el Plan Estratégico Institucional (alineado a las estrategias de la Caja para el 2025), con el fin de plantear la oferta de eventos educativos necesarios para avanzar en las líneas de desarrollo planteadas.*

*Concretamente en lo referido al Programa de Desarrollo Humano, el Reglamento precitado, establece la programación de actividades y su financiamiento, a saber:*

*“El Programa de Desarrollo Humano, (PDH), tendrá dentro de sus facultades la programación y ejecución de actividades de capacitación en el área administrativa y de seguridad social, supeditado a las normativas y criterio técnico emitido por el CENDEISSS.*

*La capacitación y la formación del personal son fundamentales para el desarrollo de la seguridad social en particular y del Estado costarricense en general. La Constitución Política de Costa Rica indica en el artículo 67 lo siguiente: El Estado velará por la preparación técnica y cultural de los trabajadores.*

*La Caja Costarricense de Seguro Social requiere recursos humanos calificados para la prestación de sus servicios. De acuerdo con sus posibilidades continuará ofreciendo oportunidades a sus trabajadores, por medio del desarrollo de programas de capacitación, financiamiento de actividades educativas y concesión de beneficios de estudio.”*

**Propuesta en revisión**

*El asunto de marras corresponde a la autorización para invertir recursos en la compra de servicio de hospedaje y alimentación para funcionarios destacados del Hospital El Cruce y servicio de alimentación para dos talleres de capacitación, para efectos de venir a nuestro país con el propósito de participar como instructores o capacitadores, y lograr el intercambio de conocimiento, incluyendo la experiencia de instancias reconocidas en materia cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida).*

**Criterio Jurídico:**

*Según se desprende de la propuesta, el tema de fondo que justifica la erogación dineraria por parte de la Institución resulta ser el traslado de profesionales argentinos así como, el traslado de una misión de cuatro funcionarios del Hospital México, la cual dependerá de los resultados obtenidos con la visita con el propósito de obtener un intercambio de conocimientos referidos a materia cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida), para de esa forma mejorar las condiciones de vida o restablecer la salud de los pacientes.*

*Ello aunado al mandato constitucional de ejercer la prestación de los servicios de salud en procura de mantener la salud de la población costarricense así como, que el servicio brindado debe ser público continuo, eficaz, eficiente, sin discriminación, adaptable, transparente y solidario a favor de los usuarios de los servicios de salud pública, por ello se refiere a un derecho prestacional del Estado.*

*La jurisprudencia emitida por la Sala Constitucional así como, la doctrina han hecho énfasis en que el Estado y sus instituciones tienen el deber de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud a través de una serie de acciones positivas y del ejercicio de las potestades de regulación, fiscalización y de policía sanitaria, abarcando de esa forma la disponibilidad de servicios y programas de salud a favor de los usuarios y destinatarios resguardando la accesibilidad.*

*Los servicios y programas de salud deben ser aceptables y respetuosos no solo de la ética médica sino, culturalmente apropiados, dirigidos a la mejora de la salud de los pacientes, confidenciales, entre otros y direccionados al establecimiento de servicios y programas de calidad, implicando que deben ser científica y médicamente apropiados. (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Voto N° 3683-11.*

*Para lograr lo anterior, es conveniente la capacitación del personal y el intercambio de conocimiento, partiendo siempre de la idoneidad del servidor, según lo dispuesto en el numeral 192 de la Constitución Política de nuestro país y 21 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.*

*Debemos observar que, para el caso específico existe un convenio de cooperación mutua técnica y científica, suscrito por nuestro país con Argentina, en donde se permite la definición de proyectos establecidos como temas prioritarios, como ocurre*

*en el caso que nos ocupa y donde el centro cuenta con un abordaje experimentado del asunto.*

*Partiendo de lo expuesto, existe la suficiente fundamentación para el desembolso solicitado, más considerando el beneficio a la salud y condiciones de vida para las personas usuarias de los servicios de cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida).*

### **Fundamentación Legal**

*Este criterio se fundamenta en los numerales 11, 73 y 192 de la Constitución Política, el Convenio de Cooperación Científica y Técnica entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Gobierno de la República de Argentina, los artículos 1 y 11 de la Ley General de Administración Pública, los artículos 1, 8, 9 y 13 de la Ley General de Control Interno, la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el artículo 1 de la Ley de Contratación Administrativa y 136 de su Reglamento, el Reglamento a las Políticas de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Acta de la II Reunión de Comisión Mixta de Cooperación Técnica y Científica entre la República de Costa Rica y la República de Argentina, del 17 de setiembre de 2013.*

### **Conclusión**

*Considerando lo expuesto, es criterio de esta instancia que el financiamiento de compra del servicio hospedaje y la alimentación de servidores destacados del Hospital El Cruce así como, el servicio de alimentación para dos talleres de capacitación en esa materia y el traslado de la misión del Hospital México, resulta conforme al ordenamiento jurídico sin embargo, la decisión de la autorización corresponde a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social”.*

### **Fundamentación legal de la propuesta:**

- *Constitución Política de Costa Rica*
- *Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social*
- *Ley General de Administración Pública art. 01 y 11.*
- *Ley General de Control Interno art. 01, 08, 09 y 13.*
- *Ley de Contratación Administrativa art. 01 y 136 del Reglamento de esta Ley.*
- *Convenio de Cooperación Científica y Técnica entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Gobierno de la República de Argentina, suscrito en la ciudad de Buenos Aires el 20 de mayo 1986, ratificado por Ley No.23.441 del 28 de octubre de 1986 y entra en vigor efectivo a partir del 16 de julio de 1992.*
- *Acta de la II Reunión de Comisión Mixta de Cooperación Técnica y Científica entre la República de Costa Rica y la República de Argentina, suscrita en la ciudad de Buenos Aires, el día 17 de setiembre de 2013.*

**Planteamiento solicitado**

*Con base en lo antes expuesto, se solicita se autoricen los siguientes rubros que responden a los términos de contrapartida aprobados en la Comisión Mixta y modificados según acuerdo de ambas partes, que consistió en que FOAR financió la totalidad de los gastos de la visita de los Dres. Alejandro Villamil y Francisco Bertolotti, durante la semana del 14 al 18 de agosto de 2015, y según compromiso institucional, la CCSS financia de igual forma los costos de la visita de los técnicos institucionales al Hospital El Cruce, que incluye los permisos con goce de salario, los viáticos reglamentarios, los tiquetes aéreos y los impuestos que correspondan”,*

con base en la recomendación de la Gerencia Médica y del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** aprobar el Proyecto de Cooperación Técnica de Costa Rica con Argentina: Entrenamiento en materia cardiovascular (perfusión, electrofisiología y sala híbrida), según se detalla a continuación:

**Actividad:** Segunda etapa, Proyecto: Entrenamiento en materia cardiovascular, visita al Hospital El Cruce.

**Sede:** Hospital El Cruce, Argentina.

**Fecha de la visita:** 02 de noviembre al 06 de noviembre del año 2015.

**Funcionarios:** Dr. Ricardo Chacón Bolívar, cédula 1-0832-0470.  
Dr. Carlos Brenes Umaña, cédula 1-1073-0429.

**Sede:** Buenos Aires, Argentina

**Período del PCGS:** 1° de noviembre al 07 de noviembre del año 2015.

**Detalle de los costos de la participación de los funcionarios:**

- 1) Compra o reembolso de tiquete aéreo en la ruta San José-Buenos Aires, Argentina-San José, con un valor por cada persona de hasta US\$2.400.00 (dos mil cuatrocientos dólares), para un total de hasta US\$4.800.00 (cuatro mil ochocientos dólares 00/100).
- 2) Impuestos de salida de Costa Rica, US\$29.00 para cada uno de los funcionarios, por un total de hasta US\$58 (cincuenta y ocho dólares 00/100).
- 3) Viáticos reglamentarios de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Gastos de Viaje y de Transporte para funcionarios públicos de la Contraloría General de la República, por siete días del 1° al 07 de noviembre del 2015, US\$315.00 (trescientos quince dólares) diarios, para un total por cada persona de hasta US\$2.205.00 (dos mil doscientos cinco dólares 00/100). Para un total de hasta US\$4.410.00 (cuatro mil cuatrocientos diez dólares 00/100).

4) Permiso con goce de salario por siete días del 1° al 07 de noviembre del año 2015:

4.1 Dr. Ricardo Chacón Bolívar, equivalente a ¢634.949.03 (seiscientos treinta y cuatro mil novecientos cuarenta y nueve colones con tres céntimos).

4.2 Dr. Carlos Brenes Umaña, equivalente a ¢550.190,63 (quinientos cincuenta mil ciento noventa colones con sesenta y tres céntimos).

**Cuadro No. 10**  
**Resumen de costos**

<b>Concepto</b>	<b>Monto aproximado en dólares</b>	<b>Monto aproximado en colones</b>
1. Compra o reembolso de los tiquetes aéreos con un valor aproximado hasta de \$2.400.00 para cada uno.	\$4.800.00	¢2.880.000,00
2. Impuestos de salida Costa Rica US\$29 para cada uno.	\$58.00	¢34.800,00
3. Viáticos reglamentarios \$315 diarios por siete días, para cada uno US\$2.205.00.	\$4.410.00	¢2.646.000,00
4. Permiso con goce de salario:		
· Dr. Ricardo Chacón Bolívar	n/a	¢634.849,03
· Dr. Carlos Brenes Umaña	n/a	¢550.190,63
<b>Total</b>	<b>\$9.268.00</b>	<b>¢ 6.735.839,66</b>

Tipo de cambio utilizado ¢600 (seiscientos colones); sin embargo, se cancelará el monto correspondiente al tipo de cambio del día de pago.

La partidas que serán afectadas para hacer frente a la erogación son: 2132 “Viáticos al Exterior” y 2138 “Tiquetes Aéreos” del CENDEISSS. Estas actividades están incluidas en el PAO- Presupuesto 2015 y Plan de Adquisiciones de la Subárea de Cooperación Internacional de la Dirección del CENDEISSS.

Los costos del permiso con goce de salario los asume el Hospital México y el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

En el tanto no se afecte su objetivo, cualquier modificación que resulte necesaria para la ejecución de esta misión podrá ser aprobada directamente por la Gerencia Médica.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Barrantes Muñoz que vota en forma negativa (la señora Presidenta Ejecutiva le da la firmeza).

La doctora Guillén Femenías, la licenciada Fernández Paoli y el doctor Chacón Bolívar se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón; el doctor Róger Ballesteros Harley, Director de Planificación Institucional, y el licenciado Luis Rivera Cordero, Director de la Dirección de Bienestar Laboral.

**ARTICULO 26°**

El licenciado Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, presenta el Informe de avance de la negociación del préstamo con el Banco Mundial, como mecanismo de pago de la deuda del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social, para lo cual se base en las láminas que se especifican:

- I) Caja Costarricense de Seguro Social  
Informe de avance  
Negociación de Préstamo con el Banco Mundial, como mecanismo de pago de la deuda del Estado con la CCSS
  
- II)



III)

## 7 Indicadores de desembolso del Programa (IDP's)



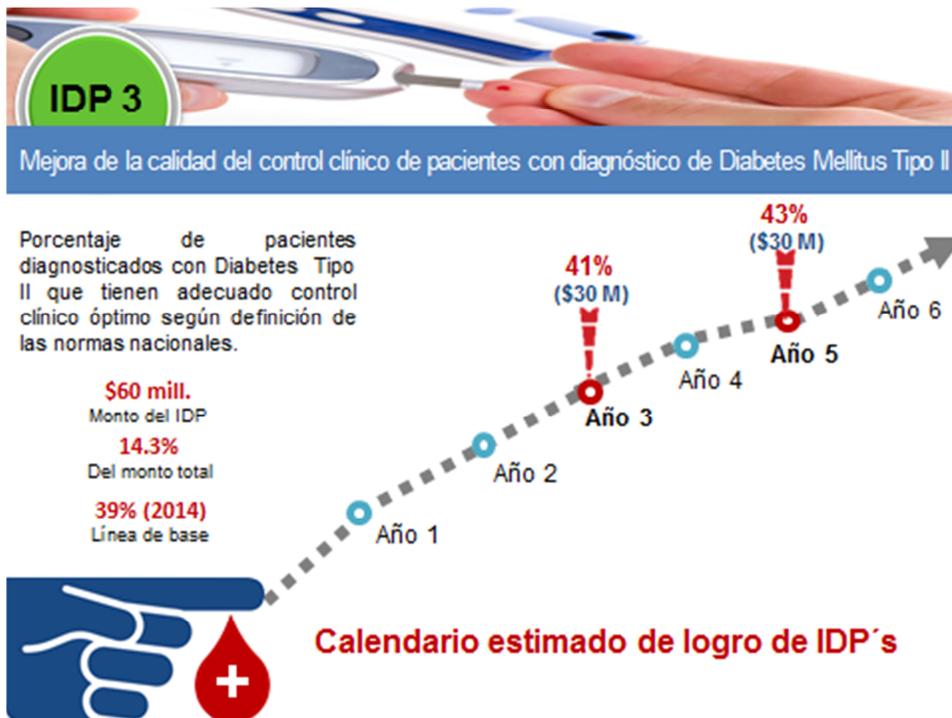
IV)



V)



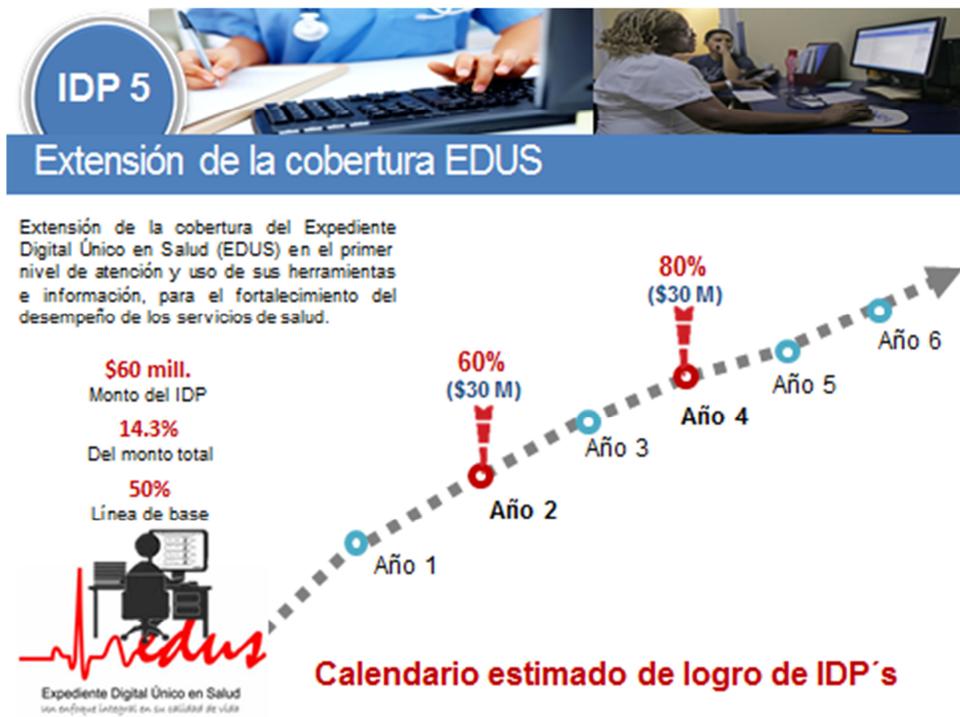
VI)



VII)



VIII)



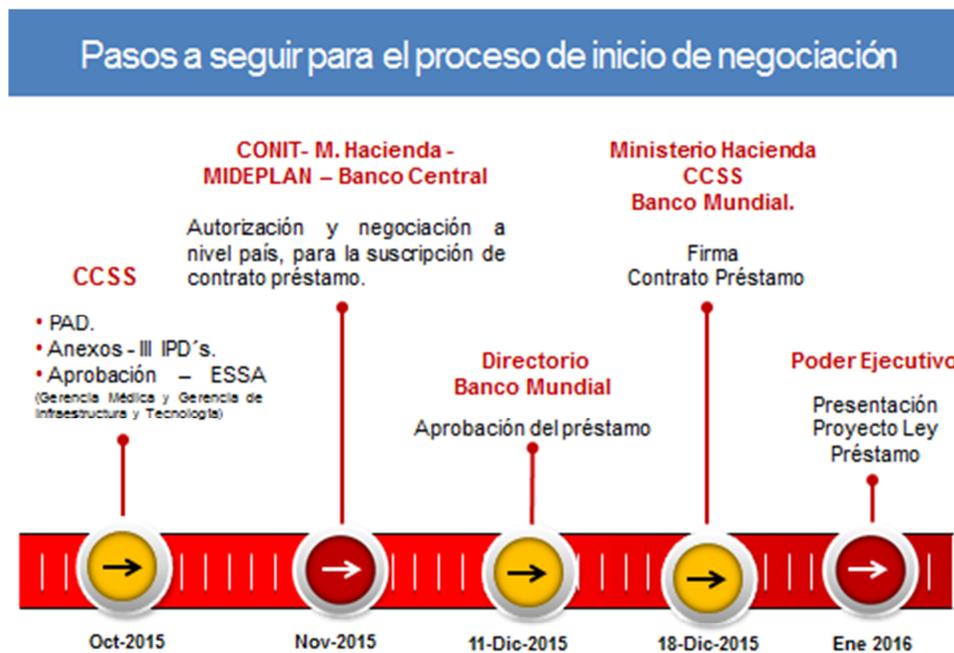
IX)



X)



XI)



XII) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

XIII) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

Con base en la exposición del Lic. Gustavo Picado Chacón, en calidad de Gerente Financiero e integrante del Grupo Coordinador Institucional responsable del proceso de negociación del Préstamo del Banco Mundial, como un mecanismo para el pago parcial de la deuda del Estado con la CCSS, esta Junta Directiva **ACUERDA**:

**ACUERDO PRIMERO:** Dar por conocido el informe de avance “Negociación de Préstamo con el Banco Mundial, como mecanismo de pago de la deuda del Estado con la CCSS” e instruir a la Presidencia Ejecutiva para que, con el apoyo del Grupo Coordinador Institucional, continúe con las acciones y trámites que permitan concretar en el menor plazo posible el citado préstamo con el Banco Mundial.

El Gerente Financiero señala que la negociación de Préstamo con el Banco Mundial, como mecanismo de pago de la deuda del Estado con la Caja, está conducida, fundamentalmente, por la Presidencia Ejecutiva, pero hay un equipo de apoyo conformado por el Msc. Róger Ballester, Lic. Luis Rivera y la doctora Julia Lee quien hoy no logró asistir a la sesión, y el Lic. Juan Luis Bermúdez que ha estado acompañando en la negociación. Recuerda que en el mes de agosto de este año, se realizó una presentación de fondo sobre el tema del préstamo, pero de lo más importante es que en este mes de octubre, se están cerrando los procesos de negociación con el Banco Mundial. Comenta que en el mes de agosto del año 2015, cuando se presentó el préstamo y sus componentes, se había hecho referencia de diez IDP (Indicadores de Desembolso del Préstamo), por el cumplimiento de cada uno, el Banco mundial realizaba un desembolso de cuarenta y dos millones de dólares, porque el préstamo total es de cuatrocientos veinte millones

de dólares y se tenían veinticinco hitos de desembolso. En el transcurso del mes de setiembre y octubre de este año, se ha llevado a cabo un análisis técnico con el Ministerio de Hacienda, el Banco Mundial y con acompañamiento interno, se ha tenido un proceso de negociación de esos diez indicadores y se ha pensado, en una forma mucho más simple de lograr esos desembolsos. Además, mejora la situación en el sentido de que en este momento, se está en la fase final de negociación, se ha pasado de diez indicadores a solamente siete indicadores, por lo cual el desembolso no será de cuarenta y dos millones de dólares, sino uno de sesenta millones de dólares y ya no son 25 hitos de desembolsos, sino 11 hitos de desembolsos, lo que representa una situación ventajosa, porque el préstamo va a tener menos condicionamiento y los desembolsos van a ser mucho más fáciles. Destaca que cuando se firme o se apruebe el contrato de préstamo y quede en firme, el Banco Mundial tiene un compromiso de hacer un primer desembolso, por un monto de ciento cinco millones de dólares y en lo que se ha venido trabajando, es que una serie de hitos que están planteados y puedan generar otros ciento cinco millones de dólares, en los próximos dieciocho meses a la firma del Proyecto de Ley, significa, que en ese tiempo se tendrían doscientos diez millones de dólares desembolsados de los cuatrocientos veinte millones totales. Aclara que el desembolso de ciento cinco millones de dólares, son sin condición, porque la Ley ha sido aprobada y ratificada y otros cinco están sustentados en el cumplimiento de uno de los hitos, que en el nuevo diseño de los indicadores, es establecer indicadores que, efectivamente, están en períodos muy cortos a nivel de cumplimiento.

Atendiendo una consulta del Director Loría Chaves, indica el licenciado Picado Chacón que con el Banco Mundial no es, necesariamente, un financiamiento sino que cumpliendo la meta, aunque esté financiada con recursos institucionales, desembolsan y, en ese sentido, se tiene una alta probabilidad de recuperar ciento cinco millones de dólares adicionales, porque en esos indicadores se está trabajando y el Banco Mundial lo reconoce, se puede firmar la Ley y al otro día, retirar lo que corresponde a ese indicador que está cumplido. Recuerda que el proyecto está englobado en objetivos y proyectos de mayor alcance, pero con el Banco Mundial lo que se ha hecho, es negociar indicadores muy específicos, para lograr el cumplimiento en el menor tiempo posible. En cuanto al indicador 1) sobre la expansión de cirugía mayor ambulatoria, cuenta con dos tiempos para que se logre, para el segundo año se espera que la proporción sea del 18% y para el quinto año el logro sea el 40%, esos años son referenciales, si se logra el indicador antes, el desembolso se puede retirar con anticipación, si en el cuarto año se alcanza el 40%, se retira el desembolso, por ejemplo.

En relación con una pregunta del Director Loría Chaves, responde el Lic. Picado Chacón que el préstamo está concebido para seis años, siendo el plazo máximo para los desembolsos, pero todos esos calendarios son estimados y referenciales, como ilustración, el quinto año se determina como una posibilidad, pero si se logra el resultado antes, se puede realizar el cobro antes y, eventualmente, un retraso permitiría ir a cobrar el desembolso tiempo después, se puede hacer antes, pero en última instancia no se espera que se produzcan retrasos. El IDP 2) es la implementación de un programa de tamizaje para la prevención de cáncer de colon, se hace referencia de cinco cantones priorizados, porque tienen alta morbilidad y así está establecido. En el tercer año, se definió que la población objetivo son personas que oscilan edades entre los 50 y 74 años. La invitación es que se busquen mecanismos para que a las personas se les invite a realizarse las pruebas de diagnóstico de cáncer de colon, la invitación es la que se evalúa, cumplido el 10% de las invitaciones de la población objetivo, hay un desembolso y cumplido el 40% del objetivo, se produce un segundo desembolso. Se ha buscado que sean indicadores muy

simples y concretos y con alta factibilidad de cumplimiento. El IDP 3) Mejora de localidad del control del paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. En el IDP 4) diseño e implementación del proyecto piloto, para el modelo redes integradas de salud, lo está trabajando la Comisión de Salud, no hay una línea base, pero el objetivo no es cuantitativo, sino cualitativo, hay un primer desembolso en el momento en que la Junta Directiva, apruebe el inicio de la prueba piloto y otra en el sexto año, cuando se hace la evaluación de la prueba piloto, ya se puede publicar, lo cual tendría que ser en los años cuarto y quinto y se ha negociado con el Banco Mundial, que cuando ya los resultados de la implementación de la prueba piloto, se ha dado y se encuentra publicada, hay un segundo desembolso para los sesenta millones de dólares totales. El IDP 5) extensión de la cobertura EDUS, se parte de una línea base del 50% y lo que se ha negociado con el Banco Mundial, es que en el segundo año, se tenga el indicador un 60% cumplido, que en el proceso está muy cerca de cumplirse y en el cuarto año se tendría un 80% de cumplimiento, aunque no se aspira al 100%, dado que se pueden tener situaciones particulares, porque se va a medir por áreas de salud y puede ser que un área de salud o EBAIS, no esté aún y no se pueda dar por cumplido, pero es un proyecto ya implementado, financiado y el Banco Mundial lo que hace es un desembolso, a partir de cumplirlos para otras inversiones. El IDP 7) se relaciona con la sostenibilidad financiera y las inversiones estratégicas, es el único que tiene tres hitos y se plantea, que cuando se elabore el Plan decenal de inversiones estratégicas y se presente a la Junta Directiva y sea aprobado, es un primer hito y corresponde a un desembolso de veinte millones de dólares, porque es un trabajo que se ha realizado con acompañamiento de diferentes Gerencias. El hito dos, es una evaluación actuarial del Seguro de Salud a mediano y largo plazo, que va a atender un requerimiento que hizo la Contraloría General de la República y, también, es un proyecto en el que están trabajando la Dirección Actuarial, la Dirección de Planificación y la Gerencia Financiera, la evaluación está en curso e, incluso, se espera que a mediados del otro año, la evaluación actuarial del Seguro de Salud, con la nueva metodología esté a disposición y en el quinto año, cuando se tenga un presupuesto anual ejecutado, utilizando como insumos una serie de asignación de recursos que ya van prospectivos, separándolos un poco del tema de la asignación presupuestaria histórica.

Sobre el tema de la evaluación actuarial, el Director Barrantes Muñoz pregunta si la novedad es que se va a diseñar una nueva metodología.

Responde licenciado Picado Chacón que primero va a ser una metodología de mediano y largo plazo, las valuaciones actuariales del Seguro de Salud, han estado establecidas a cinco años y se va a trabajar, con períodos mucho más amplios, no tan extensos como para con el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), porque no puede hacer valuaciones actuariales a cincuenta o cien años, o está muy sustentada en el tema demográfico, pero el Régimen de Salud tiene una dinámica que se relaciona con el tema demográfico. Entonces, va a existir una metodología que se está construyendo, va a tener un acompañamiento de asistencia internacional, de profesionales expertos en el tema que se aplica y a mediados del otro año, se esperaría tener los resultados y poder presentarlos a la Junta Directiva, para dar por conocida y aprobada la valuación, en ese sentido, se negoció que el Banco Mundial realice un desembolso de veinte millones de dólares por ese cumplimiento. El pasar de 10 IDP a 7 y de 25 Hitos a 11, hace que el proceso de ejecución y desembolsos, sea más sencillo en comparación al que se tenía. Para este mes de octubre, lo que se está entregando es la versión final del “Documento de evaluación inicial del proyecto (PAD)”, incluye varios anexos, pero muy importantes es el que contiene los IDP’s que son los indicadores en su versión final, hay algunos ajustes que se deben hacer en el Banco

Mundial y la Caja, pero lo sustancial es lo que acaba de presentar, con algunas pequeñas modificaciones y hay una aprobación en materia social y ambiental, en que la responsabilidad se definió en las Gerencias Médica y de Infraestructura, fundamentalmente, la negociación se espera se concluya en este mes de octubre, con el componente de trabajo de la Caja con del Banco Mundial. Se han iniciado conversaciones y actividades, porque se debe iniciar el proceso de autorización y negociación a nivel de país, hay que presentar el proyecto ante una instancia denominada CONIT-Ministerio de Hacienda, al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) y el Banco Central de Costa Rica (BCCR), siendo un proceso interno que tiene sus tiempos y tareas, esos aspectos se han trabajado y se espera tratar el tema, desde el mes de noviembre y parte de diciembre del año 2015. Cuando el proceso esté concluido, se presentará de nuevo a consideración de la Junta Directiva, para solicitar la aprobación del préstamo como tal y se le otorgue la autorización a la Presidencia Ejecutiva, para que firme el contrato en las fechas futuras. Por otra parte, el Banco Mundial realizara sus trabajos internos y se espera que el 11 de diciembre del año en curso, la Junta Directiva del BCCR, apruebe el préstamo de manera definitiva y una vez aprobado, la expectativa es que antes de cerrar el año, el 18 de diciembre próximo, se pueda firmar el Contrato Préstamo entre el Ministerio de Hacienda, la Caja y el Banco Central de Costa Rica y de forma paralela el Poder Ejecutivo, el Ministerio de Hacienda y la Caja acompañarán el proceso y en el mes de enero del año 2016, se esté presentando el Proyecto de Ley, para el préstamo en la Asamblea Legislativa. En cuanto a los pasos por seguir, para el proceso de inicio de negociación, se han definido las etapas más complejas, por ejemplo, hay temas más administrativos que están por concluir, pero se debe hacer un gran esfuerzo, para que internamente se logre avanzar, de tal manera que el proceso de aprobación interna del país, sea concluido en alrededor de seis semanas, el cual es un tiempo relativamente corto. Posteriormente, se presentará el Contrato de Préstamo para aprobación ante la Asamblea Legislativa y ya no dependerá de los tiempos de la Caja, sino de los de la Asamblea Legislativa. Destaca que en ese período, se realizarán visitas a la Asamblea Legislativa para explicar de qué se trata el proyecto, porque es de esa forma, como se van a cumplir los indicadores y cuál será el beneficio para la Institución.

Respecto de una inquietud del Director Barrantes Muñoz, dado que en el documento no se observa ningún número de oficio, refiere el licenciado Picado Chacón que se trata de una presentación con carácter informativo.

El licenciado Barrantes Muñoz manifiesta su preocupación sobre dos aspectos, primero, en cuanto a los indicadores, conforme se ha avanzado en la Comisión de Salud, se ha evolucionado porque inicialmente, se consideraba como un plan piloto, a una primera etapa de implementación de estrategia y fortalecimiento del modelo de Prestación de Servicios de Salud, pero no conoce si se continúa manteniendo, el concepto de proyecto piloto y que ya se había superado metodológicamente o sería conveniente, que se realice el ajuste para efecto de que no exista doble contradicción, sino que hay consistencia con lo que se ha hecho. En ese sentido, considera conveniente que se analice con el equipo de trabajo, porque es lo que toma forma luego y le genera esa inquietud. Segundo, se construyen indicadores para efecto de que los recursos, puedan fluir de desembolsos, pero estima conveniente que esta Junta Directiva, tome previsiones claras hacia dónde se van a orientar esos recursos. Le parece que varios de esos indicadores están en curso y no están tan claros, pero esos desembolsos serían recursos financieros que ingresan a la Institución, se recuperan y, en ese sentido, es una discusión pendiente y necesaria, porque alguno de los indicadores, se relacionan con temas de prestaciones sanitarias, a nivel de

diagnóstico. En esos términos, lo que se desearía es esa oportunidad de contar con esos recursos económicos y que signifique, efectivamente, un fuerte impulso al nivel primario de la salud.

Recuerda la doctora Sáenz Madrigal que este es un instrumento de pago de la deuda, el uso de los recursos los define la Institución y por ese motivo, se están presentando los indicadores que se están trabajando y están contenidos en el Plan Estratégico Institucional que está programado, ese es el tema de los que don Rolando plantea. La segunda parte, es otra situación, porque es gestionar un préstamo ante un banco y se tienen que realizar los procesos establecidos, inclusive, presentar el Contrato del Préstamo, para aprobación ante la Asamblea Legislativa y otra situación muy diferente, el uso de esos recursos económicos que hará a lo interno la Caja, es decir, el destino de esos recursos económicos es muy distinto y, en ese sentido, el Banco Mundial está muy claro.

El Director Loría Chaves manifiesta su preocupación, porque la negociación del préstamo le produce mucha inquietud, a pesar que entiende el proceso, de por qué se tienen que establecer condiciones, para el pago de una deuda que el Estado tiene con la Caja, es decir, es una deuda que el Gobierno tiene que pagarle a la Institución sin condiciones, y conoce que se ha trabajado de esta manera, para que a la Caja le ingresen esos recursos financieros. Segundo punto, desea conocer quién definió esos indicadores, cómo y por qué, cuál es el impacto que se produce del cumplimiento de esos indicadores. Le parece que se deberían definir otros indicadores, por ejemplo, el de presupuesto que se indica que no se elaborará con la asignación presupuestaria histórica, sino que será un presupuesto prospectivo, ajustado por riesgo y qué significa riesgo.

Recuerda la señora Presidente Ejecutiva que en la discusión, cuando se presentaron los funcionarios del Banco Mundial en la Junta Directiva, fue uno de los temas que surgió, los indicadores son los que la Caja como Institución ha planteado y que se determina que son posibles de cumplir, para que el Banco Mundial deposite los recursos financieros y la Caja pueda utilizarlo. Esos recursos económicos son de la Institución, porque si la Caja establecía indicadores muy poco factibles, primero se veía una imposición del Banco Mundial y no es así, por ser un préstamo de pago del Ministerio de Hacienda a la Caja, no es un préstamo típico, por indicarlo de alguna forma. En ese sentido, los grupos técnicos han trabajado cada uno de los indicadores, determinando cuál es la línea base, cuando se va a cumplir, entre otros aspectos. Enfatiza en que un aspecto es el préstamo y otro, es el plan de ejecución presupuestaria de esos recursos.

Indica don José Luis Loría que lo entiende bien, incluso, es una justificación para que se les otorguen los recursos a la Institución.

La doctora Sáenz Madrigal indica que es así, porque es el acuerdo base para que el Banco Mundial, le otorgue los dineros a la Caja, reitera, en qué se van a utilizar, es importante señalar que hace 15 días, se presentó el tema de la posibilidad de los vehículos de propósito específico. Entonces, en función de esos instrumentos, se tendrá que definir cómo se van a utilizar esos recursos, si su utilización se deberá presentar a consideración de la Junta Directiva para su aprobación, ese aspecto no está incluido en el convenio en este momento, se está analizando únicamente el acuerdo de los indicadores básicos, para los desembolsos que es lo que el Banco Mundial requiere.

Respecto de una inquietud, el Gerente Financiero señala que un ejemplo del abordaje de enfermedades crónicas, es el tema de las listas de espera que se ha trasladado a cirugías ambulatorias mayores. También, el tema de la sostenibilidad financiera, satisfacción del usuario de los servicios de salud; se puede indicar que detrás de esos indicadores hay grandes temas de interés institucional y nacional. De manera que en el proceso lo que están definidas son muchas acciones que se van a abordar, pero con el Banco Mundial se han acordado indicadores muy puntuales y están en el marco de desarrollo de estrategias y políticas, mucho más amplias de esos grandes conceptos. En cuanto a la asignación de recursos, que es la parte del proceso interno nacional, es para que MIDEPLAN y Banco Central de Costa Rica, como ilustración, hagan el análisis de los cuatrocientos veinte millones de dólares y se debe tener una decisión muy pronto, en términos de cómo se van a invertir esos recursos financieros, porque el Banco Central de Costa Rica realiza un análisis, por ejemplo, el impacto que produce el préstamo desde el punto de vista macroeconómico, no es lo mismo que se indique que esos ingresos van para Brasil, que aquellos recursos que van para otros efectos o insumos. Repite, pronto debe existir un acuerdo de la Junta Directiva, dado que la Gerencia Financiera va a proponer de cómo se podría hacer la distribución de estos recursos en el tiempo y en qué actividades. Fundamentalmente, se ha hecho referencia de infraestructura, equipamiento, mantenimiento e inversión en tecnología, que son los cuatro componentes, en que debe haber un marco de asignación, para así indicárselo a MIDEPLAN, al Banco Central de Costa Rica y al crédito público, donde van a producir impacto esos ingresos.

El Director Fallas Camacho señala que existe un elemento importante, en términos de que se tiene que presentar el Contrato del Préstamo, para ser aprobado ante la Asamblea Legislativa y no deja de crear cierta preocupación, que para aprobar el préstamo se establezcan otras condiciones, que piensan son las que se deben establecer. Conoce que hay que tener una estrategia muy apropiada para poder manejar el asunto, porque de ese proceso puede surgir cualquier situación.

**Finalmente** y habiéndose hecho la presentación respectiva por parte del licenciado Gustavo Picado Chacón, en calidad de Gerente Financiero e integrante del Grupo Coordinador Institucional responsable del proceso de negociación del Préstamo del Banco Mundial, como un mecanismo para el pago parcial de la deuda del Estado con la Caja Costarricense de Seguro Social, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** dar por conocido el informe de avance “Negociación de Préstamo con el Banco Mundial, como mecanismo de pago de la deuda del Estado con la CCSS” e instruir a la Presidencia Ejecutiva para que, con el apoyo del Grupo Coordinador Institucional, continúe con las acciones y trámites que permitan concretar en el menor plazo posible el citado préstamo con el Banco Mundial.

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.

El doctor Ballestero Harley y el licenciado Rivera Cordero se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones los licenciados Miguel Cordero García, Director; el licenciado Wven Porras Núñez, Abogado de la Dirección de Coberturas Especiales; la doctora Liza María Vásquez Umaña, Coordinadora a.i. de la Comisión Central Evaluadora de Incapacidades.

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

**ARTICULO 27º**

Se tiene a la vista el oficio N° GF-40.783-15 del 14 de octubre del año 2015, firmado por el Gerente Financiero, que contiene la propuesta de *Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social*.

La exposición está a cargo del licenciado Porras Núñez, con el apoyo de las láminas que se especifican:

i)

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**  
Gerencia Financiera  
Dirección de Coberturas Especiales

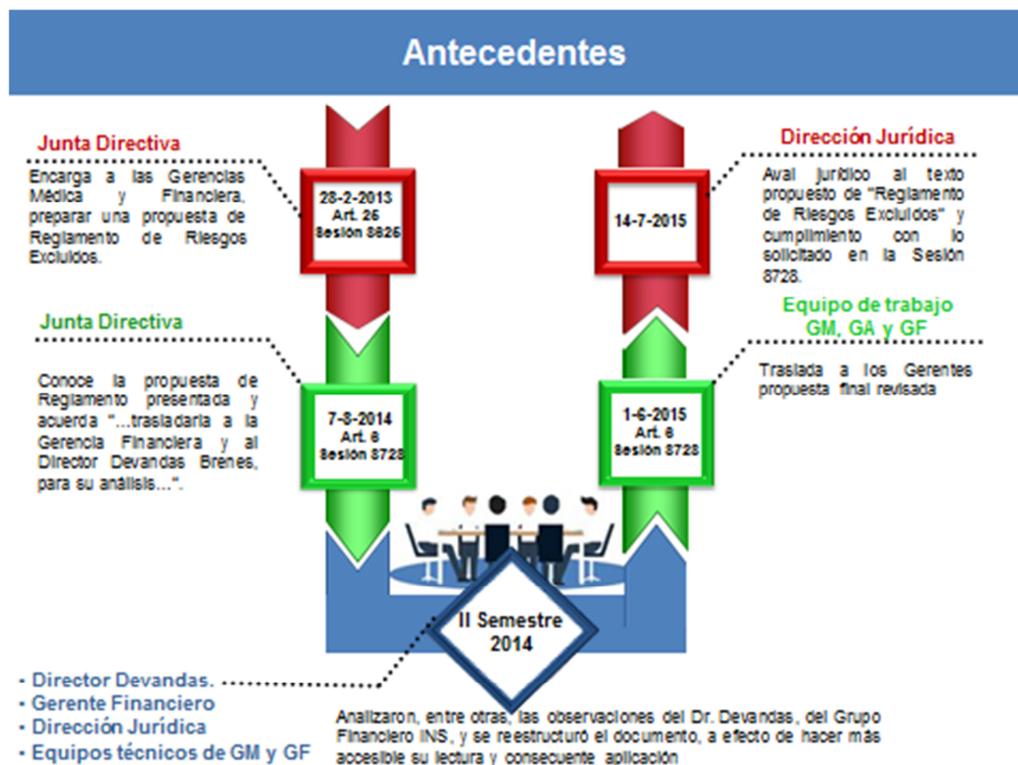
## Propuesta Reglamento de Riesgos Excluidos del Seguro de Salud

GF-40.783

Octubre 2015

AMBULANCE

ii)



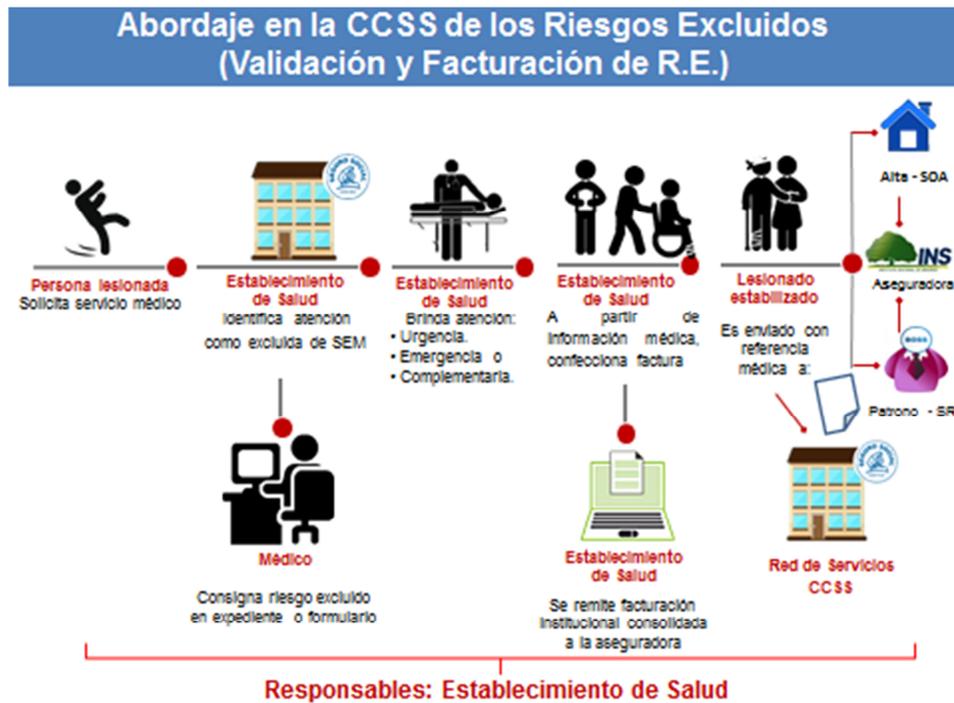
iii)



iv)



v)



vi)

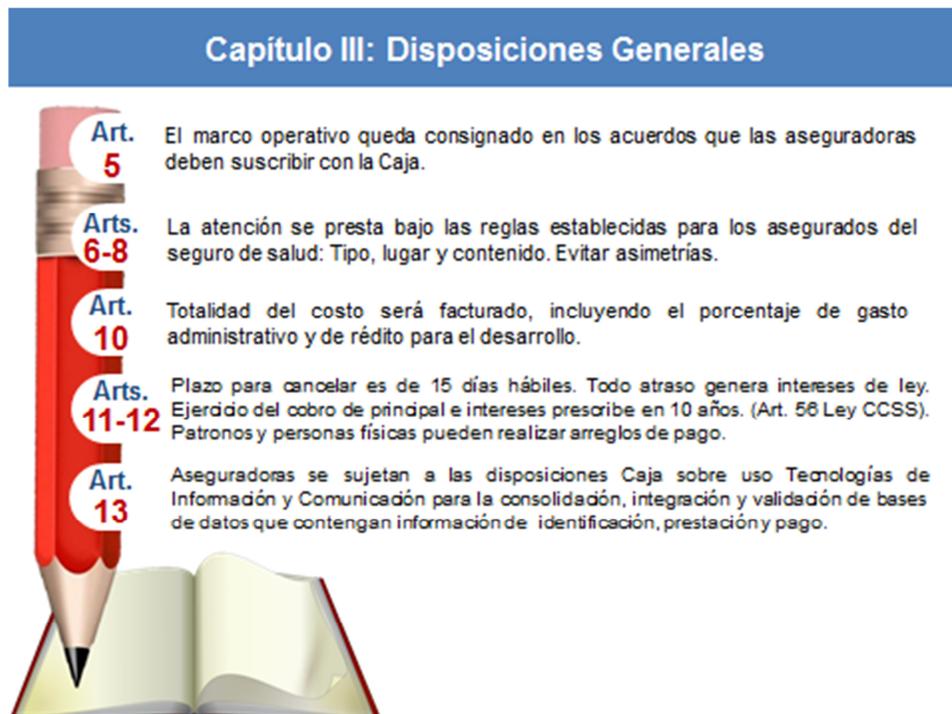


vii) Beneficios de la Propuesta del Reglamento Riesgos Excluidos  
 Ordenamiento sistémico del accionar institucional, teniendo como centro a la persona lesionada, aparejado a un conjunto de herramientas tendentes a garantizar el cumplimiento de la máxima constitucional de recuperación de las sumas erogadas en la atención de siniestros cubiertos por riesgos excluidos de los seguros **administrados por la Caja, por ejemplo, el direccionamiento del cobro al patrono cuando no haya este cumplido con su obligación de denunciar el acaecimiento de un riesgo del trabajo, acudiendo al uso de las Tecnologías de la Información.**

viii)

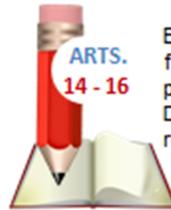


ix)



x)

## Capítulo IV: Discrepancia con criterios médicos



El plazo para oponerse es de 5 días hábiles, contados a partir del siguiente a la finalización de la atención y entrega de la referencia médica. No se afecta la prestación de servicios que la persona lesionada pudiere requerir. Resuelve la Dirección Médica en el plazo de 10 días hábiles. El acto es recurrible por revocatoria y/o apelación.

### Cap. V Gestión del Proceso de Validación

Se introduce la evaluación de la gestión de dicho proceso como uno de los componentes a verificar por las autoridades del establecimiento de salud, así como la capacitación de los funcionarios, principalmente los de nuevo ingreso a la institución, como paso base para garantizar la comprensión del marco de aplicación de las disposiciones que se emitan.



Se clarifican las actividades que comprende y la responsabilidad de los funcionarios en cada una de ellas.

xi)

## Capítulo VII: Atención de reclamos y peticiones



Se define una única instancia para su atención, como mecanismo para garantizar la uniformidad en la atención de las mismas, aspecto básico en procura de cumplir con los principios de la apertura del mercado.

### Capítulo VII: Disposición para Seguro Riesgos de Trabajo



Se establece la facturación a la aseguradora y en caso de incumplirse la obligación de denunciar el siniestro, se redirecciona el cobro al patrono responsable. Se fija la coordinación con el Servicio de Inspección ante la detección de trabajadores no reportados en planillas de la Caja. Se regula el abordaje de los casos en los que exista contra referencia médica, así como la determinación de enfermedades laborales dentro de la red de servicios de la institución.

xii)

## Capítulo VIII: Disposiciones para Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA)



Se definen las reglas generales para la comunicación a la aseguradora sobre el traslado de pacientes, siendo ésta la responsable de su ejecución. En caso de declinación o rechazo por parte de la aseguradora, se establece la obligación de verificar si el paciente contaba con modalidad de aseguramiento al momento de prestarse la atención con miras al eventual cobro como no asegurado.

En caso de atenciones a menores de edad, donde aplica lo dispuesto en el artículo 66° de la Ley de Tránsito, y en los que la aseguradora indique que no hubo interposición del aviso de accidente, el costo de las mismas será cobrado al Estado, hasta por el monto de la cobertura.

El procedimiento para materializar el cobro lo debe aprobar Junta Directiva con base en la recomendación de la Gerencia Financiera.

xiii)

## Capítulo IX: Otros riesgos



Se establece una norma genérica que abarque aquellos supuestos en los que se fije obligación de contar con póliza de cobertura suficiente para la prestación de atenciones médico, quirúrgicas y de rehabilitación. El cobro se genera al lesionado, quedando abierta la posibilidad de imputar, previo análisis jurídico, solidariamente a otras entidades físicas o jurídicas.

## Cap. XI Disposiciones Finales

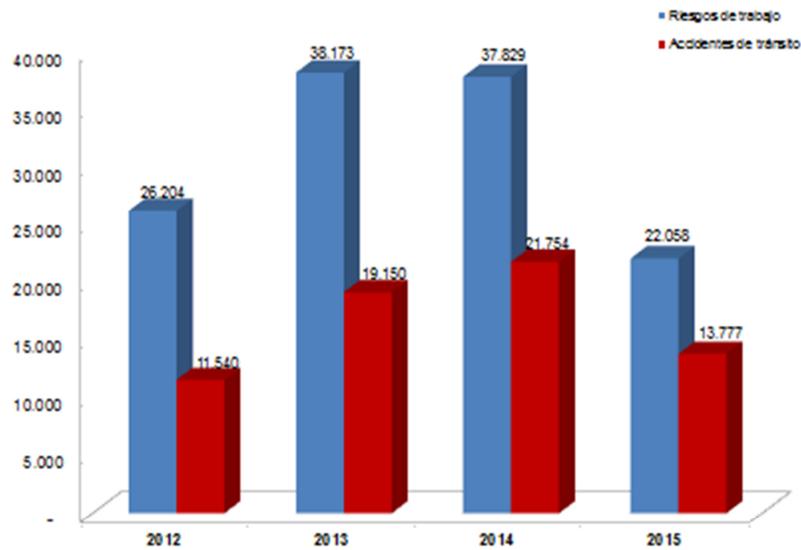


**Reformas:** Se ajustan los textos de los artículos 10, 16, 32, 33 y 73 del Reglamento del Seguro de Salud.

xiv) **Estado de la cuestión por impactar.**

xv)

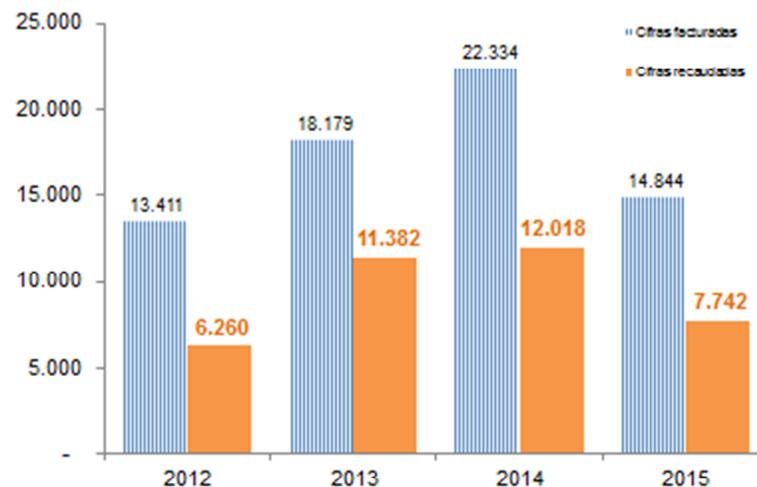
**Cantidad de atenciones identificadas como Riesgos Excluidos  
2012 -2015\***



\* A Julio 2016

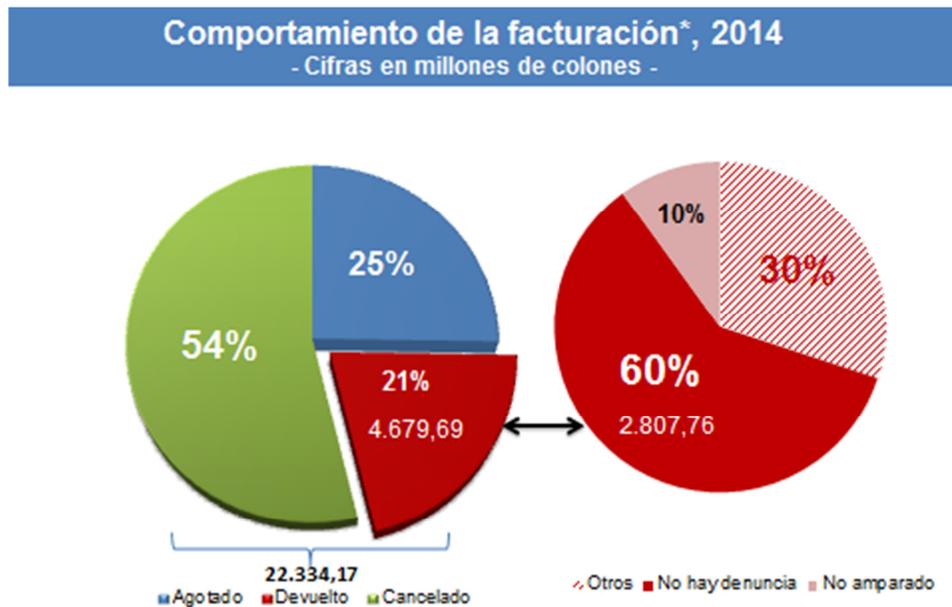
xvi)

**Montos facturados y pagados atenciones SOA y SRT  
2012 -2015\* - Cifras en millones de colones -**



\* A Julio 2016

xvii)



xviii) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

xix) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

Finalmente, con vista de la exposición realizada por el señor Gerente Financiero y Director de Coberturas Especiales, así como de la información contenida en la nota número GF-40.783-2015 de fecha 14 de octubre del 2015, suscrita por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, el informe técnico emitido por la Dirección de Coberturas Especiales en nota DCE-0436-10-2015 del 09 de octubre del 2015, suscrita por el Lic. Miguel Cordero García, Director de la Dirección de Coberturas Especiales, así como del criterio jurídico contenido en el oficio DJ-3321-2015, del 14 de julio de 2015, firmado por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico, Licda. Mariana Ovarés Aguilar Jefe a.i. Área Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y Licda. Mayra Acevedo Matamoras, respectivamente, la Junta Directiva acuerda:

xx) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

**Acuerdo primero:** Aprobar el Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social, cuyo texto queda formando parte integral de la presente acta, e instruir lo pertinente a fin de realizar el trámite de publicación en el Diario Oficial La Gaceta.

**Acuerdo segundo:** Instruir a las Gerencias Médica y Financiera, para que de manera conjunta y a través de sus instancias técnicas, procedan con la divulgación, capacitación e implementación del Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

**Acuerdo tercero:** Por último, la Junta Directiva reitera a la Gerencia Médica para que continúe coordinando con la Gerencia Financiera la mejora de los procesos de capacitación y acciones cobratorias de los servicios prestados al INS y cualquier otra aseguradora privada que a futuro pueda incursionar en el mercado para la comercialización de pólizas obligatorias de Riesgos Excluidos, de manera tal que la institución logre de una forma más ágil y eficiente, la recuperación de la totalidad de recursos invertidos en las atenciones de los riesgos excluidos del Seguro de Salud.

El Gerente de Financiero recuerda que ya se había presentado el tema del Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social, en un acuerdo lo que se planteó fue que se realizara una revisión del Reglamento, con un Miembro de la Junta Directiva, en esos términos, el proceso se realizó con el doctor Mario Devandas, Comenta que cuando se hace un reglamento y se vuelve a rehacer, se tiene que realizar de nuevo los trámites, que se habían efectuado anteriormente, por ejemplo, desde las reuniones que se realizaron, para atender las observaciones que se tenían; después, se tuvo que replantear el Reglamento y, luego, someterlo a la revisión de la parte jurídica y el proceso, se ha venido concluyendo.

El licenciado Porras Núñez se refiere al citado Reglamento y señala que dentro de las mejoras realizadas al documento, está la de su presentación. Se eliminaron algunos conceptos para facilitar la lectura del documento al ciudadano común. Además, se generó una clasificación de las responsabilidades, donde el tema quedara claro, en especial a efecto de control y, posterior, revisión entre otros aspectos de la Auditoría, en términos de quién era el responsable de cada uno de los pasos. Se mejoraron mecanismos de control, haciendo una definición del procedimiento que se trata, el reforzamiento de las líneas de acción por seguir, en caso de incumplimientos normativos y la reiteración de la obligación existente. En cuanto a que la facturación, debe comprender la integralidad de las atenciones brindadas, porque en su oportunidad se habían observado ejemplos, tal es el caso de que la factura no estaba íntegra, es decir, la atención completa del usuario del servicio no estaba detallada completa, sin embargo, se facturaba parte de la atención.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que, básicamente, se hace referencia de la facturación al Instituto Nacional de Seguros (INS) y quiere tener claro, dado que no se tiene una estructura de costos depurada, cómo se está facturando y con base en que se factura. Considera que es un tema que se ha analizado en reiteradas ocasiones, si la respuesta es que, efectivamente, no se tiene una estructura de costos, sino un mas, menos y se trabaja sobre bandas, estima que ese aspecto se debe tener entre los pendientes. De manera que se defina cómo hacer para precisar una estructura de costos, que permita definir con más precisión, la facturación y los montos. En lo personal, no conoce que existe una estructura de costos, pero muchas veces se ha hecho referencia de que se le de establecer una fecha para que esté definida. Recuerda que se había hecho un esfuerzo para llegar a esa estructura de costos y se relaciona con la facturación, porque es el antecedente de la misma, porque si los costos no se tienen claros, de alguna manera se va a dejar de cobrar.

Al respecto, señala el licenciado Picado Chacón que se tiene una estructura de costos y sistema de costos y se ha tenido por muchos años y, además, existe producción de información estadística, por ejemplo, del costo de una consulta y en la hospitalización, algunas se hacen con métodos más específicos, para determinar cuánto cuesta una cirugía específica, un tratamiento, un diagnóstico

y, semestralmente, se deriva un modelo tarifario que es público. También, se ha utilizado para facturar, como ilustración, históricamente, al INS se le ha facturado pero, recientemente, hace tres o cuatro años, se inició con un sistema en línea, automatizado de registro que en el sistema de costos, en el que se manejan promedios, en términos de cuál es la consulta promedio, la estancia promedio, lo cual permite una disciplina de las unidades de validación y a los médicos tomar el expediente y empezar a revisar cada una de las acciones, servicios y bienes que podrían estar incorporados, por ejemplo, si una persona se le realiza un proceso de cateterismo, se toma en cuenta el Stein y tiempo. Entre otros aspectos, ha existido un desarrollo que, probablemente, el sistema tenga que ser mucho más preciso, para no estimar promedios, sino tiempos específicos y es donde interviene el Proyecto del Registro de Planillas (RPI) y el Plan de Innovación para la mejora de la gestión financiera-administrativa, basado en soluciones tecnológicas y van a existir sistemas que permiten, como ilustración, cuando ingrese una vacuna, conocer su valor y en que lote de compra pertenecía. Hoy le corresponde pensar que la vacuna es parte de unos lotes y si se calcula un promedio, se puede individualizar el definir el costo, es decir, está basado en un sistema de costos y ha permitido una facturación muy mejorada en los últimos tiempos, no solo se le factura al INS, sino que sirve para facturar también a no asegurados y patronos morosos.

Pregunta el licenciado Gutiérrez Jiménez cuándo se estima que podría estar concluido, un borrador de esa estructura de costos del RPI.

Refiere don Gustavo Picado que en estos días, ha quedado en firme la contratación de la empresa que va a apoyar en el sistema, de tal manera que en los primeros cuatros meses, se realizará el trabajo, específicamente, del RPI y se tiene que diseñar un modelo de costos, porque se requiere para iniciar la implementación.

El licenciado Gutiérrez Jiménez considera que hay que priorizar el RPI, porque se ha retrasado durante muchos años.

En cuanto al abordaje en la CCSS de los riesgos excluidos que se conoce como validación, indica el licenciado Porras Núñez que uno de los trabajos más grandes que se han realizado, es modificar la idea que se tenía en algunos funcionarios institucionales, en términos de que la validación de derechos, por ejemplo, era un funcionario poniendo un sello en un papel, para que se le otorgara una cita a una persona. Entonces, en el Reglamento se incluye una regulación, para que se tenga claro el proceso, en el sentido de que el tema de validación, inicia cuando una persona lesionada solicita un servicio médico a los establecimientos de la Caja, donde se identifica que esa atención es excluida de las coberturas del Seguro de Salud. Esa situación es consignada por el médico y la atención se brinda al paciente, bajo la misma condición que se le brindaría a un paciente del Seguro de Salud, con la diferencia de que luego, esa información de tratarse de un riesgo excluido, es trasladada a la administración del centro, para que se convierta en una factura y poder generar la facturación hacia la aseguradora, en tanto que el lesionado seguirá el camino que corresponda, si es un accidente de tránsito y no tiene gravedad, se enviará a su casa. Por el contrario, si requiere ser traslado al INS, se enviará a la aseguradora y si se trata de un riesgo de trabajo que no ocupa traslado, el paciente será referido hacia su patrono, quien deberá generar la denuncia y si fuera una lesión más grave, se trasladará dentro de la red de servicios. Lo más importante es que corresponde a una responsabilidad del establecimiento de salud, es un aspecto que no se tenía claro o normado institucionalmente y generaba confusión a lo interno de las áreas.

Pregunta el Director Alvarado Rivera cuándo se termina con el proceso de la validación de derechos.

Responde el licenciado Porras Núñez que en términos de procesos, cuando llegue al final el proceso de recuperación de las sumas que fueron erogadas, para la atención de ese paciente, puede suceder, cuando se envía la factura a trámite de cobro. Ahora, el proceso de validación es ejecutado en las áreas de salud, de acuerdo con lo que dispuso la Junta Directiva, en las áreas de salud tipo tres u hospitales, en los cuales hay una oficina encargada del proceso de facturación que es la parte administrativa, esas oficinas trabajan, normalmente, al menos dos turnos y en los hospitales nacionales tres turnos. En las áreas de salud tipo uno y dos, el proceso de facturación se ejecuta normalmente en las sedes del área, la validación como tal, entendiéndose que esa inicia cuando el paciente presenta la solicitud de atención, sería en el mismo horario en que el servicio preste atenciones en salud, siempre que una persona esté siendo atendida, el médico está identificando que se trata de un riesgo excluido, lo está consignando y, en ese proceso, se está generando la validación de derechos. Lo que sucede institucionalmente, es que si en esa unidad, en el horario respectivo, en que se genera la identificación, no hay un funcionario encargado de la facturación; entonces, esa información pasa a la administración y cuando se tiene el funcionario encargado de la facturación, este genera la facturación, por ejemplo, en las áreas de salud lejanas. Los EBASIS reciben la atención de todos los pacientes, los médicos generan la identificación y en algunos casos, por ejemplo, los viernes, esas identificaciones son pasadas a la administración, para que el funcionario encargado de hacer las facturas, realice las correspondientes a toda la semana, porque a la aseguradora se le envían mensualmente. En cuanto al objetivo de facilitar la gestión de identificación, registro, recaudación y cobro de las sumas facturadas por riesgos excluidos, si bien se ha trabajado mucho con la parte de estadísticas en salud. Además, se ha modificado los formularios institucionales para facilitar la identificación, esa norma como integradora viene a complementar todo ese trabajo; también, se busca lograr una gestión uniforme y sistemática por parte de los establecimientos de salud. Porque hace cuatro años, lo que se determinó en el estudio primario es que se tenían 103 formas de generar el proceso, según cada uno de los establecimientos había decidido hacerlo, o sea, no había uniformidad en los procesos. Por otra parte, al Reglamento se le dio un acomodo diferente, se le asignaron nombres a los capítulos, a los títulos y a cada uno de los artículos que ayuda a la visualización, seguimiento y aplicación de la norma en gran medida. Destaca que se incluyó un transitorio que otorga a las Gerencias tanto Médica como Financiera, un plazo de tres meses para elaborar un manual de normas y procedimientos, para la gestión de esos riesgos excluidos, porque se observó cómo debe ser el margo general del Reglamento, dado hay mucha norma procesal dentro del Reglamento, de manera que esté en una línea muy general y todos los aspectos, se puedan incluir a nivel del manual, para el detalle que corresponda. Referente al Capítulo III de las Disposiciones Generales, específicamente, de los artículos 6° al 8°, la atención se presta bajo las reglas establecidas para los asegurados del Seguro de Salud: tipo, lugar y contenido para evitar asimetrías, lamentablemente, se han encontrados muchos casos donde en algunos establecimientos de salud, se tenía la práctica de tratar de manera prioritaria y no por una razón médica, a los pacientes porque venían del INS, lo cual generaba espacios especiales para su atención y en el Reglamento se establece que la atención, va a depender del criterio médico y es en condiciones de igual para los asegurados del Seguro de Salud.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala que hay dos temas que son importantes, el primero es porque determina la conveniencia de que se revise el convenio que la Caja tiene con el INS, porque en algún momento el Reglamento fortalece, robustece el convenio y más bien apoya lo que está convenido y es lo que se pretendería por medio del Reglamento. Segundo, hay que darle seguimiento al tema de validación de derechos y homologar en costo-beneficio de las plataformas de validación de derechos.

La señora Presidenta Ejecutiva comenta que existe una comisión Caja-INS, se reúnen cada ocho o quince días y ella se reúne cada mes y medio con el Presidente Ejecutivo de ese Instituto, para darle seguimiento a los temas. Recientemente, tuvo una reunión en donde se analizaron algunos de esos aspectos y el tema de las plataformas de validación de derechos.

Al licenciado Gutiérrez Jiménez le parece que a la interno de la Institución, no se tiene definido el tema de la validación de derechos, porque en algunos centros la Oficina de Validación de Derechos funciona las 24 horas y en otros se trabaja hasta las 10:00 p.m. Entonces, después de esa hora, por ejemplo, la atención que se brinda en el Servicio de Emergencias, no se tiene quien cobre o documente ese servicio.

Al respecto, refiere el licenciado Porras Núñez que lo que se está presentando, contiene la valoración que se generó sobre las apreciaciones primarias planteadas por el INS, las cuales fueron analizadas a través de la Comisión que se había formado en su oportunidad. Otro punto que se planteó, es que la totalidad del costo será facturado, incluyendo el porcentaje de gasto administrativo y de rédito para el desarrollo. Destaca que el tema del rédito había sido un asunto muy discutido y cuestionado por el Instituto y ya se emitieron los criterios de la Dirección Jurídica del INS y se le hace ver a las autoridades del INS que es procedente el cobro, como ya lo había indicado la Dirección Jurídica de la Caja. En cuanto al plazo para cancelar la facturación, se estableció 15 días hábiles y se trabajó bajo el parámetro de que la Ley del Mercado de Seguros, fija un plazo de 30 días naturales para el pago de las diferentes facturaciones y se tiene diferentes escenarios, según la facturación sea hecha a la aseguradora, al patrono o, excepcionalmente, al lesionado en caso de accidente de tránsito y la notificación de la factura, en el caso de la aseguradora y la entrega de la referencia, en el caso de aviso por riesgo de trabajo al patrono y la posterior facturación. Se definieron dos fases para solventar el tema de debidos procesos, porque al INS se notificaba la denuncia, mediante la referencia médica al patrono y de acuerdo con lo manifestado, por su trabajador y la Clínica estaría ante un eventual riesgo de trabajo, para que se sirva generar la denuncia ante la aseguradora o bien si se está cuestionando el criterio médico, se realice el descargo. Entonces, completado ese plazo se realiza la facturación y se establece el plazo. Destaca que se notifica con la referencia médica, porque es la comunicación de la entrega. En resumen, la facturación del patrono está pensada en los mismos términos que maneja la Institución, cuando hay morosidad para que se genere dentro del mismo escenario. En cuanto a la discrepancia con criterios médicos, se separó cuando se trataba de una discusión con criterio médico o cuando es un reclamo de precisión simple, planteado por un agente de mercado, para dejar claro que la oposición se debe presentar en cinco días contados, a partir del siguiente a la finalización de la atención y entrega de la referencia. En cuanto a las disipaciones del Seguro Obligatorio Automotor, se definen las reglas generales para la comunicación a la aseguradora sobre el traslado de pacientes, siendo uno de los temas en el que más se enfatizó y se está trabajando con el INS. La idea es que si hay que generar un traslado de cargos desde el principio, sea gestado por la propia aseguradora, porque mucho de los

establecimientos de la Caja, han manifestado preocupación por el uso de los recursos institucionales para trasladar pacientes; específicamente, del grupo financiero, pudiendo ser la aseguradora quien lo genere, en caso que así se establezca. En relación con las atenciones a menores de edad, donde aplica lo dispuesto en el artículo 66° de la Ley de Tránsito, y en los que la aseguradora indique que no hubo interposición del aviso de accidente, el costo de las atenciones serán cobradas al Estado, no se está tipificando de una vez en el Reglamento, como se generarían sino que se está dejando la norma general, para luego presentarla ante la Junta Directiva, un planteamiento del mecanismo. Sin embargo, hay muchos niños que sufren accidentes de tránsito, pero no hay interposición de la denuncia, por ese motivo la aseguradora no activa la cobertura de la póliza, pero ya se incurrió en los costos para atención de los niños, por ejemplo. En el caso de otros riesgos, según la norma genérica que abarca aquellos supuestos, tendientes a que se tiene la obligación de contar con póliza de cobertura para la prestación de atenciones médicas, quirúrgicas y de rehabilitación; como ilustración, actualmente, se maneja el tema de la actividad taurina, pero pensando que pudiera existir alguna otra disposición que se pueda trabajar, el Reglamento deja previsto la aplicación en lo que corresponde de las disposiciones generales. En cuanto a disposiciones finales, para poder generar un ajuste en la Normativa existente, se propone la reforma de algunos textos de los artículos del Reglamento del Seguro de Salud, asociados al tema de riesgos excluidos y que mantienen a la fecha los textos que fueron redactados desde un inicio, sin considerar las modificaciones que se han venido gestando. La información contiene la cantidad de atenciones que han sido identificadas por los médicos, en los instrumentos oficiales como Riesgos Excluidos y de trabajo, para el año 2012; así como los accidentes de tránsito, en cuanto al número de pacientes que se atienden y son identificados como teología excluidas, el mayor porcentaje corresponde a riesgos de trabajo y es en gran medida al trabajo que hacen los médicos a nivel de EBAIS, porque son los que detectan que las personas ingresan, porque sufrieron algún riesgo de trabajo en sus labores. Aclara que para el año 2015, la información se refleja solo el primer semestre, por cuanto se ha tenido un crecimiento. Anteriormente, no se estaba generando por parte del cuerpo médico el registro, el accidente existía pero al no ser reportado, no se podría cobrar. Por ejemplo, para el año 2014, fueron atendidas 21.754 personas en los servicios de salud, por haber sufrido una lesión o accidente de tránsito, el promedio es de una persona cada 20 minutos. Además, no es la totalidad de accidentes acaecidos en el país, porque no cierra con los datos de otras instituciones, dado que en la información están incluidas las personas que debieron ser trasladadas al hospital, porque no todas las personas que sufren un accidente, requieren de un traslado al hospital, puede ser que, posteriormente, consulten y el médico la identifique. Ese aspecto en cuanto a la cantidad y se esperaría que con lo que se ha venido trabajando y el Reglamento, que regula de la mejor manera se eleve el número de casos identificados.

Ante una consulta del Director Fallas Camacho, refiere el licenciado Porras Núñez que el primer esfuerzo está desplegado por la Institución y la Junta Directiva, en relación con la materia de la enfermedad producto de la zafra, ya se giró una instrucción, por el tema renal crónico, porque debe ser abordado. Se empezó a trabajar con los funcionarios de la Oficina de Salud Ocupacional, pero en términos reales, a la fecha no se tiene una factura, en la que se le cobre al INS por la detección o consignación de una enfermedad laboral.

Respecto de una inquietud del Dr. Fallas Camacho, en términos si se ha determinado el cálculo de la prestación de los servicios, debido a ese problema de salud, anota el licenciado Porras

Núñez que en lo personal no conoce, al menos institucionalmente de cuanto puede ser la incidencia de esa enfermedad laboral, producto de la corta de caña.

Por su parte, al Director Loría Chaves le parece oportuno, que se piense en elaborar una matriz que permita asociar futuras enfermedades del trabajo, con los accidentes actuales, por ejemplo, una persona que diez años después, padece de una lumbalgia y hace diez años tuvo un accidente de tránsito, de manera que la frecuencia de la posibilidad de ligar, una enfermedad del trabajo con un accidente anterior se pueda demostrar. Como segundo punto, se pensaría que este Reglamento fortalece, no solamente para el tema del INS si no para el asunto de la apertura de los seguros, con otras aseguradoras.

Sobre el particular, indica el licenciado Porras Núñez que es correcto, porque es una norma de alcance general, para la posición de la Caja en función del mercado; porque actualmente en el mercado, se están comercializando esas pólizas al grupo financiero INS pero, evidentemente, la norma está hecha para cualquier situación.

Interviene el Director Barrantes Muñoz y manifiesta que tiene algunas inquietudes, sobre este tema y le parece que el Reglamento es de extraordinaria importancia para esta Institución. Primero, se relaciona con el concepto de riesgos excluidos, como su nombre lo indica, se hace por exclusión, se indica que es riesgo excluido, lo que no es parte de la cobertura del Seguro Social, ese aspecto no le queda claro y pareciera que es lo que no se está contemplando, forma parte de un riesgo excluido, lo cual no es así, porque se trata de generarle a la Institución, una posibilidad de recuperación de costos de aquellos riesgos que no están incluidos en el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). Entonces, es clave la definición de lo que cubre el SEM y de lo que no cubre, se supone lo que no cubre es lo que se está regulando en el Reglamento, porque aquello que no esté regulado, se podría indicar que lo cubre el SEM y el Reglamento como regulará lo correspondiente al mercado, será una posible fuente de muchos conflictos. En ese sentido, lo que no esté incluido como riesgo excluido, no es cubierto por el INS o las aseguradoras, porque son servicios que debe darlos la Caja. Se podría interpretar de esa manera y es importante el cuidado que se debe tener con la definición de riesgo excluido, porque debe tener un alcance muy preciso en su extensión. Como segundo punto, cuando se analiza el cuerpo del Reglamento, en la parte de definiciones terminológicas, todos los aspectos van orientados, en especial, hacia accidentes de tránsito y riesgos de trabajo y al final, hay un capítulo que, por ejemplo, funciona como un cajón muy amplio, correspondiente al Capítulo IX, donde se hace referencia de alguna actividad específica, que es más bien sobre coberturas de responsabilidad civil. Como ilustración, lo que corresponde al riesgo taurino o quienes practican tantos deportes, pareciera que estarían contemplados en ese capítulo, pero no están claramente especificados. Cuando se trata de accidentes de tránsito, son aquellos que se pueden dar en vías terrestres públicas y privadas, pero le produce inquietud, así como los accidentes en las vías marítimas y lo que pueda suceder en los ríos, donde queda contemplado el riesgo, porque en el Reglamento se está restringiendo a vías terrestres. Entonces, lo que no está contemplado en vías terrestres, no sería susceptible de incluir como un aspecto de ese esfuerzo de recuperación. También, manifiesta su preocupación, lo referente a materia de riesgos de trabajo, el núcleo central que se encuentra planteado, es trabajo asalariado y no asalariado, ni por obra determinada y el concepto de trabajador, es un concepto que no se define en el documento, pero se intuye que es trabajador asalariado. Es importante precisar el concepto de patrono, por ejemplo, la persona que llegó a trabajar el jardín en una casa y, además, pinta y sufrió un accidente. Sin embargo, ese trabajo al

ser eventual y no es asalariado, porque no está en planilla, es otro tema y considera que si no se precisa bien, vendrían las fuentes de conflicto y la inquietud radica en ese sentido. Otra inquietud es referente al artículo 14° del Reglamento, cuando se indica que el patrono, aseguradora o persona se lesiona, se podrá oponer a la determinación. El concepto de determinación no le queda claro, realizada por el profesional en medicina u odontología, la duda radica en si ese procedimiento es una limitación al acto médico, puede ser que genere un conflicto, porque el médico creyó que es lo que debería aplicar y la aseguradora indica que no es lo que tenía que aplicar; entonces, el tema del acto médico tiene una preponderancia, que no debe ser limitada de esa manera. Piensa que hay un concepto, por ejemplo, trabajador de Hemodinamia, es un concepto que marca el término y no está definido, en la parte de conceptos que se debería precisar, para efecto que exista menos riesgo de conflictos, porque siempre habrán en el tema. Por otro lado, extraña en todo este tema que cuando se hace referencia de análisis jurídico, no se determina en el documento, porque analizó un oficio de la Dirección Jurídica que lo único que indica, es que se verifica que cumple con los requerimientos del acuerdo de la Junta Directiva, pero espera encontrar un análisis más de fondo de toda la problemática, el cual podría estar sustentando esa determinación de la misión de este Reglamento. Le parece que como Junta Directiva, se sentirían más respaldados con un criterio más sustantivo, sobre los temas de fondo planteados en el Reglamento.

Respecto del tema de la conceptualización de riesgo excluido, señala el licenciado Porras Núñez que, efectivamente, funciona por exclusión desde la perspectiva de la materia de seguros como quedó establecida con la apertura. En realidad el Seguro Social tiene que la cobertura general o genérica como lo denomina la Sala Constitucional, entonces, para que se entienda que ese riesgo en particular, no es de la cobertura de los Seguros Sociales, en un concepto amplio de la enfermedad, se requiere que exista una disposición que genere como obligatoria, la cobertura del riesgo en particular que se trate. Actualmente, se tienen dos leyes o regulaciones que generan esa obligatoriedad, la del Código de Trabajo y la del capítulo del Seguro Obligatorio Automotor de los Vehículos. Además, se suma un decreto emitido por la Presidencia de la República específico, para el tema de la actividad taurina. Entonces, esa Norma va acorde con lo que regula el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud, que hace eco de ello e indica que el Seguro de Salud, cubre todos los riesgos asociados con la enfermedad, excepto los de estas dos leyes, lo que se agrega, únicamente, para que quede dentro de la normativa es ese “cajón desastre”, donde cabrían todos aquellos supuestos en lo que tenga una regulación, por indicar que existe obligatoriedad de tener una cobertura en salud, que sería homóloga a la que el Seguro Social debería dar, a través de la cobertura del SEM. Dado lo anterior, esa es la razón de la construcción, no es que de forma antojadiza se solicita restringirlo, por cuanto es la manera que jurídicamente está construido. Como segundo punto, efectivamente, la conceptualización de la cobertura del Código de Trabajo para riesgos de trabajo, está asociado con obligatoriedad de poseer la póliza para la cobertura de riesgos de trabajo. Sin embargo, el Código de Trabajo no genera obligatoriedad, de la cobertura en la situación de un trabajador independiente de riesgos del trabajo, por lo cual es esos casos, no hay obligación legal y es factible, encontrarse trabajadores independientes que tienen su póliza, pero como hay un manejo jurisprudencial de esa póliza, como una póliza voluntaria e, incluso, sucede que esos trabajadores independientes no activan su póliza, en función a la aseguradora y, entonces, quedan dentro de la cobertura del Seguro de Salud. La red de acción como tercer aspecto, procura la protección del acto médico institucional dado que por muchos años, era lo que el especialista médico indicaba de acuerdo con los elementos, con la clínica y lo manifestado por el trabajador, determina la relación causal

de la siguiente manera y a partir de ello, se establece que la etiología, en principio, es una etiología de riesgos de trabajo. Esa información era trasladada a la aseguradora y ésta sin ningún criterio de descargo y desde el punto de vista técnico médico, indicaba que no era un riesgo de trabajo, porque la aseguradora indica que no era así. Esa situación se da mucho, no solo con temas de riesgo sino de enfermedades, túnel carpal y demás, el INS generó lo que se ha denominado una lista de aspectos que decidieron no cubrir, cuando en realidad la norma no es cerrada, por el contrario, es para revisión en cada caso. En ese sentido, lo que se pretende es que el médico de la Caja, genere de primer ingreso un indicio sobre e, incluso, el Reglamento trae la previsión de que si el médico general en el EBAIS, tiene la sospecha pero no el conocimiento suficiente, refiere al paciente dentro de la Red, para que el especialista en medicina del trabajo, internista o quien corresponda, sea quien revise al paciente y emita el dictamen. Sin embargo, se deja abierto y fue lo que se agregó, para que si la aseguradora presenta un descargo técnico-médico, donde se indica que en realidad pudo haber sido entendido de esa manera, pero no lo es y prueba de ello es que, se produce una interpretación con un tema de las facilidades que pueda tener la aseguradora de realizarle al paciente, por ejemplo, en una semana un TAC, una resonancia magnética o diferentes exámenes, luego, le devuelve toda la documentación y se le indica que se le revisaron y en realidad lo que se presumió y como propio de una etiología de riesgos de trabajo, no lo es, porque hay situaciones probadas que identifican no serlo, más bien ese aspecto está asociado a la protección del acto médico, que nunca había sido protegido, siempre estuvo sometido sin descargarlo a lo que dispusiera el médico general del INS. Incluso, está un poco en línea con el Reglamento del Seguro Obligatorio Automotor, que aún no está terminado, pero se está a la espera de que el Ministerio de Obras Pública y Transportes (MOPT) lo emita, porque se genera una disposición, según la cual los médicos de la Caja, son los que señalan el diagnóstico con indicios fundados y le dan un plazo a las aseguradoras, para que si tienen elementos de cuestionamiento, lo generen. Finalmente, en cuanto al tema del análisis jurídico, recuerda que es un trabajo que se elaboró, en un equipo de trabajo donde participó tanto la Gerencia Médica, la Gerencia Financiera y la Dirección Jurídica integradas, durante todo el proceso. En la nota de remisión que se hace y en el expediente que se generó para elaborar ese Reglamento, están contenidos todos los antecedentes que se gestaron y el criterio de la Dirección Jurídica. En realidad, es un segundo criterio de la Dirección Jurídica, porque ya existía uno primero, del contenido de fondo donde hay un análisis un poco más extenso y así lo señala el acuerdo anterior de la Junta Directiva.

El Subgerente Jurídico interviene y señala que la dinámica, en los criterios de la Dirección Jurídica sobre los Reglamentos, pretende determinar la precisión jurídica del Reglamento de las Normas y se revisa si está bien y si es consistente. Como bien los señala el Lic. Porras, cuando se inició con el tema y de hecho esta propuesta que se presenta hoy a la Junta Directiva, se trabajó en conjunto, donde los abogados de la Dirección Jurídica, se reunieron con don Wven y ese aspecto, evitó documentar muchos aspectos y analizar el tema central que es el Reglamento y al final se logró terminar. De acuerdo con el punto de vista de la Dirección Jurídica, pero si hay un documento anterior; el cual se puede retomar, es cuando se analiza desde la parte jurídica el tema de los riesgos excluidos, qué potestad tenía la Caja Costarricense de Seguro Social para una potestad de imperio y bajo las circunstancias que es un asistente obligado por Ley, para atender y las circunstancias que corresponde a una obligación de la Caja hacerlo, pero a la vez le genera un brazo para indicar, incluso, que se hizo referencia de un contrato o convenio de adhesión, en un momento determinado con las potenciales vendedoras, de esos seguros de riesgos excluidos y, en

esa oportunidad, también se comentó de la necesidad de reglamentar esa materia y es lo que se está presentando.

Por su parte, el Director Gutiérrez Jiménez indica que en la realidad, cuando una persona tiene un riesgo de trabajo, por ejemplo, y sufre un accidente, posteriormente, el caso se traslada a dos compañías diferentes, la tercera se refiere el mismo problema, normalmente se perdió cuál era la empresa y no se le pueden cobrar esos servicios. Como ilustración, la persona inventa una caída o refiere haber tenido el accidente en determinado lugar, cuando en realidad viene dándose de tiempo atrás, puede suceder dos situaciones; primero, que la persona no refiera ese estado de salud como un riesgo de trabajo, en cuyo caso la Caja tiene la oportunidad de documentar como un aspecto que, eventualmente, el INS debería pagar y son, normalmente, situaciones de costos muy elevados; porque implica invalidez o un porcentaje parcial de invalidez, o bien, es una persona que, constantemente, está siendo referida por el médico de empresa a la Caja, para que sea incapacitada; entonces, al final el costo lo paga la Caja. No conoce la fórmula de la matriz, pero le parece que debe existir algún antecedente y el proceso mejorará cuando se cuente con recursos tecnológicos, porque en el expediente se tiene un historial que va a permitir en el momento de revisar el sistema y se determina que el paciente tenía un problema de tobillo y fue porque le cayó en el pie, una maquinaria y se conoce en cual compañía. Ese aspecto tiene la ventaja en dos sentidos, no solo por el hecho de proteger los intereses de la Caja, porque es lo que se está discutiendo, sino también porque se están protegiendo a los empleadores, dado que de alguna manera, se heredan situaciones y piensa en un caso específico, por ejemplo, donde una persona refiere que en pocos días tuvo una situación en una determinada empresa y cuando se hizo el estudio, se observó que lo traía porque durante muchos años, había trabajado en otra empresa, en condiciones de salubridad menos favorables y tenía un problema en un pulmón que no era, necesariamente, la responsabilidad le correspondía a ese tercer empleador. No conoce cómo definir el tema, pero le parece que es interesante, ahora, que se están buscando mejoras tecnológicas; en ese sentido, le parece que sería un rubro por considerar.

Refiere el licenciado Porrás Núñez que de acuerdo con la instrucción que contiene la reglamentación, se genera una identificación para todos los casos y lo que plantea don Adolfo Gutiérrez, es una manera de facilitar el manejo de esa información y sería el idílico para poder tener, a posteriori un mejor control por parte del médico, porque sucede mucho con pacientes que van al EBAIS y para indicarlo en términos populares, explican bien lo que sucedió, pero luego cuando van al hospital, cuentan otra historia y no se tiene ese control.

Interviene el licenciado Cordero García y para complementar e, incluso, indica que conlleva ajustes, como ilustración, en las hojas de puerta, cuando se recibe a los pacientes y, ahora, queda consignado cuando el paciente ingresa, que es un riesgo excluido, anteriormente, no quedaba constando en el expediente.

Respecto de una inquietud de don Adolfo Gutiérrez, en el sentido de si la información de la atención queda constando en el expediente, como un legajo aparte o se incluye en el expediente, señala el Lic. Porrás que, actualmente, queda dentro de la evolución histórica del paciente. En cuanto al comportamiento de facturación para el año 2014, el INS le pagó a la Caja el 54% de lo facturado. El 25% amparado a la manera en que se encuentra redactada la Ley de Tránsito, el INS no lo pagó, porque se dio el agotamiento de la cobertura del seguro obligatorio y un 21%, tuvo otras razones de lo cual el 60%, sucedió que la persona o el patrono, no generaron la

denuncia ante la aseguradora. En esos términos, la normativa planteada contiene varias apreciaciones en esa línea. En el caso del patrono, se le genera una facturación, porque hay patronos que no quieren establecer el aviso del accidente, lo cual sucede con mucha regularidad, y en el caso del seguro obligatorio, el volumen es mucho mayor, las personas que no quieren generar el aviso ante el INS, como ilustración, si una persona no llevaba puesto el caso de seguridad o no portaba licencia, entre otros aspectos. Llama la atención que en un 10% de los casos de ese 21%, un aproximado del 3% de la globalidad donde lo que hay es algún tipo de discrepancia, por la disposición etiológica que ha dado el médico, es un tema que el otro día el INS, quería hacerlo determinar como un problema muy serio y en realidad, son pocos los casos y la Caja da el abordaje de esos pacientes. En ese sentido, se determina mejor como se está planteando, trabajar en esa parte y, eventualmente, en esa otra para recuperar los dineros.

Señala la señora Presidenta Ejecutiva que el tema es muy importante, porque es un “mito urbano” del INS, indicar que no hay un acuerdo y al final es el 3% del total de la deuda. Considera que la Caja está facturando según corresponde y bien y de alguna forma se está aplicando ese cobro. Actualmente, se tiene un conjunto importante de lineamientos y directrices, pero se tiene la limitante, como bien lo apunta la Dirección Jurídica a esta Junta Directiva, el alcance de las mismas y, además, hay algunos componentes que la Auditoría, ha insistido que tampoco están tan regulados y, ahora, se están incluyendo de manera hermenéutica en el Reglamento de Riesgos Excluidos.

Pregunta el Director Fallas Camacho si del 25% de lo facturado, se puede suponer que son asegurados por maternidad.

Responde el licenciado Porras Núñez que alrededor de la mitad del cobro. Destaca que el Reglamento, contiene una regulación para un aspecto que no se hacía, porque es verificar aquellos casos, en los que no hay pago y la condición de aseguramiento, porque si es un no asegurado debería de pagar la consulta, lo cual no se estaba haciendo, porque no se tenía normado. El Reglamento trae una regulación en esa línea, para determinar si también se puede llegar, hay establecer un procedimiento, porque es un no asegurado, al que se le va a tratar de cobrar muy después, pero se está dejando establecida la línea general en el instrumento, para poder dirigir y controlar el proceso.

Al Dr. Fallas Camacho le parece importante, insistir en la necesidad de que el cuerpo médico este más vigilante, con las calificaciones de los casos y la Gerencia Médica tendría que controlar esa situación.

Sobre el particular, don Wven Porras indica que el Reglamento tiene un apartado, en el que se incluyó y se fija la coordinación de la Gerencia Médica con la Dirección de Coberturas Especiales, a través del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), para mantener una capacitación continua del cuerpo médico, en razón de lo expuesto por el doctor Fallas Camacho.

Respecto de una inquietud del Dr. Fallas Camacho, tendiente a que se le tiene que hacer conciencia a los médicos, de lo que significan esas pérdidas de las atenciones, dado que no se facturan esos servicios, señala la doctora Sáenz Madrigal que quizás, se podría plantear un cuarto acuerdo, en términos de que se le solicite a la Gerencia Médica que insista con el cuerpo

médico, en la necesidad de que esos servicios tienen que ser considerados, para la facturación que se le hace la INS.

Complementa el Director Fallas Camacho que se indique en el acuerdo, que la Gerencia Médica insista sobre el cuerpo médico, sobre la diferenciación de lo que es un riesgo y enfermedad profesional.

En complemento a la anterior, interviene la doctora Vásquez Umaña y recuerda que la potestad para la aplicación del Reglamento, se le otorga al médico o al odontólogo. Además, particularmente, el Reglamento del Seguro de Salud, tiene otro Reglamento de Medicina de Empresa y Medicina Mixta, pero no se tiene un Reglamento de Riesgo Excluido, propiamente. En ese sentido, desde su punto de vista, al tener un Reglamento concientiza al cuerpo médico y al odontológico, porque este es un tema de interés institucional. Entonces, propiamente, el tener un Reglamento que lo regule le da la connotación de importante y en esa línea, considera que va a favorecer mucho la aplicación, porque como anteriormente no se tenía ese Reglamento, se hace que, indirectamente, no se le estaba dando ese lugar tan importante. En lo personal, se siente muy esperanzada de que este Reglamento, posicione al riesgo excluido como un tema de interés institucional. Además, es importante señalar que es un proceso en el que se inicia de manera formal, judicial y con toda la normativa propia y, físicamente, este Reglamento permitirá seguir con el proceso, porque al no tenerse ese Reglamento no se podía insistir sobre el tema y en este momento sí.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista oficio N° GF-40.783-15, fechado 14 de octubre del año en curso, que firma el Gerente Financiero y, en adelante, se transcribe literalmente, en lo pertinente:

**“ANTECEDENTES:**

La Junta Directiva en el artículo 25° de la sesión N° 8625, acuerda:

“... Asimismo, se encomienda a las Gerencias Médica y Financiera que presenten la propuesta de Reglamento de Riesgos Excluidos.”

Posteriormente en el artículo 6, sesión N°8728, la Junta Directiva acuerda:

“... trasladar a la Gerencia Financiera y al Director Devandas Brenes, para su análisis en un plazo de dos semanas, el Proyecto “Reglamento de Riesgos Excluidos de la CCSS ...”.

Con el propósito de atender lo acordado por la Junta Directiva, la Dirección de Coberturas Especiales ha coordinado las acciones respectiva y durante los meses de setiembre a noviembre del 2014, se sostuvieron sesiones de trabajo donde se analizó el contenido del Proyecto planteado.

También se revisaron las apreciaciones que efectuó el Instituto Nacional de Seguros sobre el contenido del mismo y que fueron puestas en conocimiento de la Gerencia Financiera por parte del Lic. José Luis Quesada Martínez (Oficio AAR-157-2014 del 8 de setiembre del 2014), quien

fungió como representante de la Caja en una comisión designada por la Presidencia Ejecutiva (Oficio P.E.37.516) para tratar asuntos de manera conjunta con el Instituto Nacional de Seguros.

A inicios del año 2015, se efectuaron dos sesiones de trabajo con el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico, así como con la Jefatura de Asesoría de dicha Dirección en las que se discutieron aspectos de hermenéutica jurídica asociados principalmente con la responsabilidad patronal en caso de siniestros cuya etiología fuere identificada como propia de un riesgo del trabajo, así como lo relativo al abordaje de otros riesgos excluidos del seguro de salud.

Una vez definido el marco de acción se convocó a sesiones al Equipo Técnico de Trabajo, encargado de la elaboración de la propuesta de Reglamento de Riesgos Excluidos. Dicho equipo integrado por el Dr. Rodrigo Bartels Rodríguez en representación de la Gerencia Médica, la Licda. Mayra Acevedo Matamoros, en representación de la Dirección Jurídica y otros funcionarios de la Dirección de Coberturas Especiales, remitieron con oficio ET-05-2015 del 01 de junio del 2015 a las Gerencias Médica y Financiera, la nueva propuesta de Reglamento de Riesgos Excluidos.

Por su parte las Gerencias Médica y Financiera, mediante oficio conjunto GF-13.621 del 01 de junio de 2015, formularon ante el Lic. Gilberth Alfaro Morales, solicitud de emisión de criterio jurídico sobre la propuesta de Reglamento de Riesgos Excluidos, remitida por el equipo de trabajo.

La Dirección Jurídica en oficio DJ-3321-2015 del 14 de julio del 2015, comunica a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico y al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, lo siguiente:

“Atendemos su oficio número GF 13.621, recibido en esta Dirección el 3 de junio de 2015, mediante el cual somete a revisión el reglamento citado en el asunto. Al respecto, se indica lo siguiente: Revisado el Reglamento, se verifica que cumple con los requerimientos contenidos en el acuerdo de Junta Directiva emitido en el artículo 6 de la sesión 8728 del 7 de agosto de 2014, por lo que puede la Administración continuar con el trámite respectivo de aprobación ante la Junta Directiva.

La Dirección de Coberturas Especiales con oficio DCE-0436-10-2015, del 13 de octubre de 2015, remite a la Gerencia Financiera la propuesta de Reglamento de Riesgos Excluidos ...”,

habiéndose hecho la presentación respectiva por parte del licenciado Wven Porras Núñez, Abogado de la Dirección de Coberturas Especiales, teniendo a la vista la información contenida en la citada nota número GF-40.783-2015, el informe técnico emitido por la Dirección de Coberturas Especiales en la nota número DCE-0436-10-2015. del 09 de octubre del 2015, suscrita por el Lic. Miguel Cordero García, Director de la Dirección de Coberturas Especiales, así como del criterio jurídico contenido en el oficio número DJ-3321-2015, del 14 de julio del año 2015, firmado por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Director Jurídico, y las licenciadas Mariana Ovaes Aguilar Jefe a.i. Área Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y Mayra Acevedo Matamoros, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

**ACUERDO PRIMERO:** con fundamento en el artículo 14, inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja, aprobar el siguiente *Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social* e instruir lo pertinente a fin de realizar el trámite de publicación en el Diario Oficial La Gaceta:

***REGLAMENTO DE RIESGOS EXCLUIDOS DE LA  
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL***

“En el uso de las facultades conferidas por los artículos, 73 de la Constitución Política de la República de Costa Rica y 14 inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N° 17, del 22 de octubre de 1943.

**CONSIDERANDO**

**I-** Que mediante Ley N° 8622 del 21 de noviembre de 2007, se aprobó el Tratado de Libre Comercio República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos de Norteamérica, cuyo Capítulo 12, anexo 12.9.2, sección H, artículo III.2. subinciso b), en relación con el Transitorio III de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley N° 8653 de 22 de julio de 2008, establece el marco de apertura para el ejercicio de la actividad aseguradora en las ramas de Seguro Obligatorio de Vehículos y de Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, rompiéndose así el monopolio que sobre dichos seguros y en favor del Estado había existido en Costa Rica por más de ochenta años.

**II-** Que de conformidad con lo resuelto por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, en resolución N° 2012-016628, dictada a las dieciséis horas y treinta minutos del veintiocho de noviembre del dos mil doce, al declarar, Sin Lugar, la Acción de Inconstitucionalidad promovida en contra de la apertura del mercado de los seguros, operada por virtud de la Ley No. 8622, la aprobación del Tratado de Libre Comercio implica cambiar el sistema jurídico que venía operando desde hace muchos años en nuestro país.

**III-** Que corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social el gobierno y administración de los Seguros Sociales, de los cuales de conformidad con lo establecido en el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 36° de la sesión 8061 del 30 de mayo del 2006, se excluyen los casos de Riesgos del Trabajo y Accidentes de Tránsito.

**IV-** Que la Caja Costarricense de Seguro Social es la institución con la mayor red de establecimientos de salud en el territorio nacional, lo que conlleva que en muchas ocasiones sean estos centros a los que acudan requiriendo atención de urgencia o emergencia, personas que han sufrido Riesgos del Trabajo o Accidentes de Tránsito.

**V-** Que del párrafo tercero del artículo 73° Constitucional se deriva una obligación ineludible de recuperar todas las sumas utilizadas en el desarrollo de actividades no derivadas de la protección de los riesgos comprendidos en los seguros que administra y gobierna la Caja Costarricense de Seguro Social.

**VI-** Que se hace necesario y oportuno emitir una reglamentación en la que se establezca el marco de acción de la Caja Costarricense de Seguro Social, de frente al mercado de los seguros y en línea a la recuperación de los recursos del Seguro de Salud por ella administrado y gobernado, que se hubieren gastado en la atención de personas que hayan sufrido siniestros cubiertos por pólizas comercializadas en dicho mercado.

**POR TANTO:**

Se emite el siguiente “Reglamento de Riesgos Excluidos”:

**REGLAMENTO DE RIESGOS EXCLUIDOS**

**CAPÍTULO I  
PRINCIPIOS GENERALES Y  
ÁMBITO DE APLICACIÓN**

**ARTÍCULO 1°: Del alcance**

Las disposiciones contenidas en este Reglamento son de observancia obligatoria por todos los funcionarios y trabajadores de la Caja Costarricense de Seguro Social, en adelante citada solo como Caja, incluyendo a quienes laboren en establecimientos de salud administrados por proveedores externos de servicios de salud, en virtud de procesos de contratación desarrollados al efecto por la Institución. Además, en tanto se relacionen con los servicios que la Caja presta, alcanza a los participantes del mercado de seguros y a quienes hubieren sufrido un riesgo excluido de las coberturas del Seguro de Salud.

**ARTÍCULO 2°. Del objeto**

El presente reglamento regula lo concerniente a la forma en la que la Caja cobra y presta servicios a personas lesionados que han sufrido siniestros, cuyo riesgo se encuentra excluido de las coberturas que ofrecen los seguros administrados por la Caja. Además, comprende lo relativo a las negociaciones que se desarrollen con las entidades autorizadas para la comercialización de las pólizas que cubren dichos riesgos, a efecto de definir los aspectos operativos de dicha prestación.

**ARTÍCULO 3°: De los principios**

La aplicación del presente reglamento estará orientada por los principios de legalidad, razonabilidad, proporcionalidad, confidencialidad, igualdad, eficiencia, eficacia, veracidad, necesidad, continuidad y adaptación del servicio público.

## CAPÍTULO II DEFINICIONES TERMINOLÓGICAS

### ARTÍCULO 4°:

Para los efectos de la aplicación de lo señalado en este reglamento, así como de las disposiciones que de él se deriven, tales como Manuales, Directrices, Protocolos y Lineamientos, se considerarán las definiciones que seguido se detallan:

**Accidente de Tránsito:** Acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por las vías públicas terrestres, las gasolineras, estacionamientos públicos, privados de uso público o comerciales regulados por el Estado, las playas y en las vías privadas. En el accidente de tránsito debe estar involucrado al menos un vehículo y producirse muerte o lesiones de personas y/o daños en los bienes a consecuencia de la infracción a lo dispuestos en la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, Ley N° 9078.

**Acuerdos:** se comprenden en estos los contratos que para la venta de servicios se suscriban entre la Caja y las aseguradoras autorizadas para la comercialización de pólizas de riesgos excluidos, así como los convenios que impliquen un mejoramiento en la operativización de los servicios.

**Asegurado del Seguro de Salud:** persona, hombre o mujer, que en virtud del cumplimiento de ciertos requisitos posee el derecho a recibir, total o parcialmente, las prestaciones del Seguro de Salud administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social.

**Aseguradora:** entidad jurídica autorizada para ejercer la actividad aseguradora, de conformidad con lo regulado en los artículos 2° y 7° de la Ley N° 8653.

**Atenciones complementarias:** comprende todo tratamiento de tipo farmacológico, procedimiento médico y/o quirúrgico, que producto del acaecimiento de un riesgo excluido, un profesional en medicina de una aseguradora solicita a la Caja sea brindado a un lesionado como parte de la atención iniciada por dicha aseguradora y bajo la cobertura de la póliza por ella comercializada.

**Caja:** Caja Costarricense de Seguro Social.

**Costo:** Comprende todo gasto realizado por la Caja en el otorgamiento de servicios, a pacientes que hayan sufrido riesgos excluidos.

**Derecho a la salud:** se entiende por éste aquel derecho fundamental de todo ser humano que le otorga facultades para la satisfacción de su salud, en virtud de las cuales, puede, por un lado, fijarle límite a la intervención de las demás personas y del Estado en su esfera particular, y por otra, exigir de los poderes públicos las acciones que lo hagan efectivo, incluyendo las de contenido asistencial.

**Eficiencia:** se considerará la eficiencia como la mejor utilización de los recursos administrativos, técnicos y financieros, disponibles para que los beneficios a que dan derechos los seguros sociales administrados por la Caja, sean prestados de forma adecuada, oportuna y eficaz a sus asegurados.

**Emergencia:** toda situación de riesgo que pone en peligro inmediato la vida, una extremidad del cuerpo o la función de un órgano del paciente, y que en consecuencia debe ser atendida en forma inmediata.

**Establecimientos de Salud:** infraestructura destinada a realizar todas o algunas actividades de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, fomento y protección de la salud, mediante atención cerrada o ambulatoria, pueden también ser establecimientos de enseñanza e investigación. Todos formaran parte del Sistema de Salud y están articulados entre sí en redes de oferta de servicios, según niveles de atención, con servicios en el primer nivel, segundo y tercer nivel de atención con acceso escalonado a los niveles de mayor complejidad, según resulte apropiado a la necesidad del usuario.

**Gestión de Riesgos Excluidos:** corresponde al proceso que abarca el accionar y la asesoría estratégica y operativa en la emisión, actualización, divulgación y correcta aplicación de las normas y procedimientos administrativos, técnicos y técnico-médicos que se utilizan en la prestación de servicios a lesionados que han sufrido un riesgo excluido.

**Lesionado:** persona física en relación con la cual ha acaecido el siniestro cuyo riesgo corresponde ser cubierto por una póliza de un seguro obligatorio comercializado por una aseguradora autorizada para tales efectos.

**Ley Constitutiva:** Ley N° 17 del 22 de enero de 1943. Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

**Ley de Tránsito:** Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, N° 9078, publicada en el Diario Oficial la Gaceta N° 207 del 26 de octubre del 2012.

**Ley N°8653:** Ley Reguladora del Mercado de Seguros, aprobada el 22 de julio del 2008. Publicada en la Gaceta N° 152. Alcance 30 del 07 de agosto del 2008.

**Participantes del Mercado de Seguros:** comprende a las personas físicas o jurídicas reguladas en la Ley N° 8653, que de acuerdo con dicha norma son sujetos de obligaciones. Se incluye entre ellas las entidades aseguradoras y reaseguradoras, intermediarios y proveedores de servicios auxiliares. Además, se incluye en esta definición a la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) y a los asegurados de los seguros regulados en la Ley N° 8653.

**Porcentaje de gastos administrativos:** corresponde a la relación que existe entre el valor de la estructura administrativa que la Caja posee para dar cumplimiento al mandato de Administración y Gobierno de los Seguros Sociales, contenido en el numeral 73° de la Constitución Política, y el valor de la prestación propia de los servicios de salud.

**Porcentaje de rédito para el desarrollo:** Corresponde al porcentaje requerido por la Caja para mantener y mejorar de forma continua los servicios que presta, lo que incluye, entre otros, la inversión para la reposición de los activos y la investigación.

**Póliza:** documento que acredita la formalización del contrato de seguros y establece las condiciones generales y particulares del seguro, define los derechos y obligaciones de las partes relacionadas con determinado seguro. Es, por tanto, el documento probatorio de su existencia.

**Prestación de servicios:** comprende la atención en salud brindada por la Caja en casos de riesgos excluidos, a lesionados que presentan condiciones de urgencia o emergencia, dentro de las que se incluye la asistencia médica general, especializada, quirúrgica, ambulatoria y hospitalaria, así como los servicios de enfermería, farmacia, laboratorio, imágenes médicas y radio diagnóstico, así como las denominadas atenciones complementarias.

**Proveedores de servicios auxiliares:** de conformidad con lo que establece la Ley N° 8653, se entiende por estos, los que, sin desarrollar actividades de aseguramiento, reaseguro, retrocesión e intermediación, resulten indispensables para el desarrollo de dichas actividades. Estos servicios incluyen entre otros, los servicios actuariales, inspección, evaluación y consultoría en gestión de riesgos, el procesamiento de reclamos, la indemnización de siniestros, la reparación de daños incluidos los servicios médicos, los que prestan los talleres y otros que se brindan directamente como prestaciones a los beneficiarios del seguro, el peritaje, los servicios de asistencia que no califiquen como actividad aseguradora o reaseguradora, la inspección y valoración de siniestros y el ajuste de pérdidas.

**Proveedores externos de Servicios de Salud:** se refiere a las personas físicas o jurídicas que con ocasión de un proceso de contratación llevado adelante por la Caja, tengan la responsabilidad de proveer, administrar y gestionar los servicios integrales de salud en el primer nivel de atención a las poblaciones adscritas a una determinada Área de Salud.

**Referencia médica:** se refiere al formulario que utiliza la Caja para el envío de pacientes, de un nivel de atención a otro, dentro de la propia de red de servicios, o bien hacia el mercado de los seguros obligatorios. (Código 4-70-04-0140).

**Riesgo Excluido:** los riesgos cuya cobertura sea obligatoria y no estén comprendidos dentro de los que contemplan los seguros sociales que gobierna y administra la Caja serán considerados como Riesgos Excluidos. Cuando se presten servicios a una persona lesionada producto del acaecimiento de un riesgo excluido, se identificará tal atención genéricamente como una atención por Riesgo Excluido.

Además, se incluyen dentro de esta definición aquellas patologías originadas en siniestros, en relación con los cuales exista en el ordenamiento jurídico norma que obligue a quien desarrolla la actividad de que se trate, a contar con cobertura total de gastos de atención médica, sanitaria y de rehabilitación.

**Riesgos del Trabajo:** constituyen riesgos del trabajo los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en

forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades.

**Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores (SOA):** se refiere al seguro obligatorio para los Vehículos Automotores regulado en el Capítulo III de la Ley de Tránsito.

**Seguro de Riesgos del Trabajo (SRT):** se refiere al seguro cuya póliza cubre los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia de esos accidentes y enfermedades.

**Superintendencia General de Seguros (SUGESE):** entidad responsable de la autorización y regulación de las empresas y personas que intervienen en las áreas de seguros, reaseguros y oferta pública de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 8653

**TLC:** se refiere al Tratado de Libre Comercio República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos de Norteamérica, aprobado mediante Ley N° 8622 del 21 de noviembre del 2007.

**Urgencia:** aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad perentoria de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

### **CAPÍTULO III DISPOSICIONES GENERALES PARA LA VENTA DE SERVICIOS**

#### **ARTÍCULO 5°. De la suscripción de acuerdos entre la Caja y las aseguradoras**

Las aseguradoras debidamente autorizadas para la comercialización de pólizas de riesgos excluidos que requieran se brinde atención de urgencia, emergencia o complementaria a sus lesionados, deberán suscribir acuerdos con la Caja para tales efectos.

La coordinación, revisión y fiscalización de los acuerdos adoptados, será responsabilidad de la Gerencia Financiera con el apoyo de la Gerencia Médica.

#### **ARTÍCULO 6°: De las situaciones que son atendidas**

La Caja atenderá las situaciones de urgencia o emergencia así catalogadas por sus profesionales en medicina u odontología que presente un lesionado que ha sufrido un riesgo excluido, ello en resguardo del derecho a la salud que le asiste. La atención se dará hasta que la persona lesionada se encuentre hemodinámicamente estable o le sea dada condición de alta médica.

Tratándose de atenciones complementarias, las mismas se brindarán a partir de la solicitud suscrita por el profesional en medicina de la aseguradora. En este supuesto, conjuntamente

con su solicitud la aseguradora deberá garantizar el pago del valor de la prestación requerida.

Los casos de Riesgos Excluidos que sean identificados en las Modalidades de Atención Integral de Medicina de Empresa y Sistema Mixto de Atención en Salud, se abordarán de conformidad con las disposiciones reglamentarias que las regulan y supletoriamente por lo dispuesto en este reglamento.

#### **ARTÍCULO 7°: Del lugar en que se presta la atención**

Las atenciones por riesgos excluidos que se le requieran a la Caja, se prestarán en los establecimientos de salud que ella posea en el territorio nacional. Dentro de estos se comprenden los administrados por proveedores externos de servicios de salud en virtud de procesos de contratación desarrollados al efecto por la Caja.

#### **ARTÍCULO 8°: Del contenido de la atención**

Las atenciones que correspondan en casos de urgencia o emergencia así determinada por el profesional en medicina u odontología de la Caja, están limitadas, sin distingo del tipo de riesgo que hubiere sufrido la persona lesionada, a las señaladas en las disposiciones emitidas por la Caja en relación con los asegurados del Seguro de Salud.

En caso de que una persona lesionada que ha sufrido un riesgo excluido se presente a los establecimientos de salud de la Caja con una recomendación de tratamiento o procedimiento prescrita por un profesional en medicina de una aseguradora, la Caja en apego a los principios que rigen este reglamento está en la obligación de evaluar nuevamente al paciente para a partir de ello ratificar, modificar o denegar el tratamiento o procedimiento de que se trate, siempre en resguardo del derecho a la salud que le asiste a la persona y sin menoscabo de que el lesionado, en ejercicio de sus derechos, decida revocar su consentimiento total o parcialmente, situación sobre la cual el profesional responsable de la atención deberá dejar constancia en el expediente de salud u hoja de atención de urgencias.

#### **ARTÍCULO 9°. De las obligaciones del lesionado que sufre el riesgo excluido**

Toda persona lesionada que haya sufrido un riesgo excluido y demande atención en un establecimiento de salud de la Caja, deberá cumplir con las obligaciones que las disposiciones que rigen los riesgos en relación con los cuales ha sufrido el siniestro le imponen.

Particularmente en caso de riesgos del trabajo, la de informar a su patrono del acaecimiento del riesgo para que éste presente la denuncia a que está obligado, y tratándose de accidentes de tránsito, la de poner en aviso a la aseguradora sobre el acaecimiento del siniestro, hecho que deberá documentar ante el establecimiento de salud de la Caja en donde estuviere recibiendo atención.

**ARTÍCULO 10°: Del valor económico de las atenciones**

En apego a lo que establece la Constitución Política, en su artículo 73°, párrafo tercero, el cobro de las prestaciones comprenderá la totalidad de las que hubieren sido otorgadas por haberse estimado por el profesional en medicina u odontología de la Caja, necesarias para garantizar la salud del lesionado.

Dentro de las anteriores está comprendido todo lo relacionado con las erogaciones en que se hubiere incurrido para el traslado de la persona lesionada dentro de la red de servicios de la Caja, indistintamente que el mismo se haya dado por vía terrestre, acuática o aérea, y que lo haya sido a través de los medios propios de la Caja o por terceros contratados al efecto o con quienes se tengan acuerdos para el traslado de pacientes.

En la elaboración de acuerdos para el traslado de pacientes, la unidad institucional responsable, está obligada a garantizar que se considere en el clausulado respectivo, las disposiciones necesarias para garantizar la individualización de los pacientes que hayan sufrido riesgos excluidos.

La determinación del monto a facturar se hará aplicando la metodología de costeo que la Gerencia Financiera haya definido, y en caso de que el valor de la prestación o tratamiento no se encuentre individualizado, se aplicará como base para el cobro la suma que la Caja deba llegar a reconocer al proveedor prestador del servicio, o del que se haya obtenido el producto o medicamento utilizado, incluyendo aquellos que sean producidos por la propia Caja.

A lo anterior, se sumará un porcentaje correspondiente a los gastos administrativos, y otro de rédito para el desarrollo. Ambos porcentajes serán revisados y actualizados con la periodicidad que técnicamente establezca la Gerencia Financiera, instancia a la que corresponde además establecer y formalizar un procedimiento ágil, efectivo y permanente, para garantizar que el valor de las atenciones, procedimientos y bienes brindados, se encuentren debidamente costeados.

**ARTÍCULO 11°: De la generación de intereses y el plazo de prescripción**

Para la cancelación de las sumas cobradas por atenciones de riesgos excluidos, el deudor contará con un plazo de quince días hábiles.

Todo cobro por atenciones brindadas en casos de riesgos excluidos generará a partir de su vencimiento, intereses legales de conformidad con lo que establece el artículo 1163 del Código Civil y 49 de la Ley Constitutiva. La aplicación de las sumas que fueren pagadas se hará de conformidad con lo que disponen los artículos 780 y 783 del Código Civil.

La acción para cobrar las sumas derivadas de atenciones prestadas en casos de riesgos excluidos prescribe a los diez años, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 56° de la Ley Constitutiva. De igual forma la acción para cobrar los intereses generados por las facturaciones elaboradas por riesgos excluidos prescribirá en el plazo de diez años.

**ARTÍCULO 12°: De los acuerdos de pago en caso de morosidad**

Los patronos personas físicas o jurídicas, o los lesionados que tengan deudas derivadas de atenciones prestadas en casos de riesgos excluidos tendrán la posibilidad de acogerse, en lo que resultare aplicable, a las disposiciones reglamentarias que regulan la formalización de arreglos o convenios de pago de las contribuciones a la seguridad social.

**ARTÍCULO 13°: De la utilización de las tecnologías de la información**

Las aseguradoras que requieran se les preste servicios por parte de la Caja, quedan sujetas a las disposiciones que fije la Caja en materia de Tecnologías de Información, Comunicaciones y Seguridad, para la consolidación, integración o validación de bases de datos que contengan información relacionada con la identificación, prestación y pago de los servicios otorgados a los consumidores de las pólizas por ellos comercializadas.

En todo requerimiento informático, generado a lo interno de la Caja y asociado con la identificación, registro, facturación o prestación de servicios de salud, así como con el costeo y su cobro, deberá considerarse lo atinente al componente de los riesgos excluidos.

**CAPÍTULO IV  
DE LAS DISCREPANCIAS CON LOS CRITERIOS MÉDICOS****ARTÍCULO 14°: De la legitimación, plazo para interposición y fundamentación**

El patrono, la aseguradora o la persona lesionada podrán oponerse a la determinación realizada por el profesional en medicina u odontología de la Caja, en cuanto que se está en presencia de un riesgo excluido.

Para la presentación del escrito de oposición se establece un plazo de cinco días hábiles. En el caso de patronos, el plazo se contará a partir del tercer día hábil siguiente a aquel en el que el trabajador fue atendido y se le entregó la respectiva referencia. Tratándose de aseguradoras, el plazo corre a partir del día hábil siguiente a aquel en que se hubiere comunicado el monto a cancelar por las prestaciones brindadas. Si el reclamo es presentado por la persona lesionada, el plazo corre a partir del día hábil siguiente a aquel en que se le prestó atención e hizo entrega de la referencia médica.

La oposición deberá presentarse por escrito ante la Dirección Médica del establecimiento de salud en donde se haya emitido la referencia médica, y bajo pena de inadmisibilidad deberá estar debidamente fundamentada, precisar la fecha en la que se brindaron las atenciones, y expresar las razones de disconformidad, aportando la prueba pertinente, además, deberá contener indicación de medio para recibir notificaciones, bajo pena de que de no hacerlo se tendrán por notificadas, con el solo transcurso de 24 horas, las resoluciones que se dicten.

En los casos de determinaciones asociados con riesgos del trabajo, el patrono o la aseguradora que discrepen de la determinación realizada por el profesional en medicina u odontología de la Caja, deberán acompañar a su escrito de oposición, criterio emitido por un profesional en

medicina u odontología, según corresponda, en el que se precisen los argumentos técnico – médicos que desvirtúan lo determinado por el médico u odontólogo de la Caja.

#### **ARTÍCULO 15°: Del competente para resolver y los plazos para hacerlo**

Las discrepancias que se presenten contra la determinación efectuada por el profesional en medicina u odontología y consignadas en los expedientes de salud u hojas de atención de urgencias de que se está en presencia de un riesgo excluido, serán resueltas por el Director Médico, mediante resolución que habrá de emitirse al efecto, ello dentro del plazo de diez días hábiles contado a partir de la comunicación de admisión del reclamo.

Contra lo resuelto por la Dirección Médica cabrán los recursos ordinarios de revocatoria y/o apelación, cuya resolución se dará de acuerdo con lo estipulado en los artículos 347 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública. El recurso de apelación deberá ser resuelto en el caso de Áreas de Salud, Hospitales Periféricos y Hospitales Regionales por la Dirección Regional de Servicios de Salud correspondiente y en el caso de los Hospitales Nacionales y Especializados por la Gerencia Médica.

Los plazos de resolución consignados en este artículo se considerarán ordenatorios y no perentorios.

#### **ARTÍCULO 16°: Del cobro y registro de atenciones relacionadas con la oposición**

Una vez interpuesto el reclamo y hasta tanto no se haya resuelto el mismo, la Dirección Médica del establecimiento de salud será la responsable de adoptar las medidas necesarias para garantizar que se suspendan las gestiones tendentes al cobro de las prestaciones objeto de reclamación.

Adicionalmente, deberá adoptar las medidas necesarias para garantizar que se continúe con la prestación de servicios al lesionado, en resguardo de su derecho a la salud, atenciones que igualmente deberán ser registradas, pero cuya facturación y cobro quedará sujeta a la resolución final que sobre el reclamo se adopte.

### **CAPÍTULO V DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE ATENCIONES POR RIESGOS EXCLUIDOS**

#### **ARTÍCULO 17°: Del inicio y fin del proceso**

El proceso de Validación y Facturación por Riesgos Excluidos inicia en el momento en el que una persona lesionada se presenta a un establecimiento de salud de la Caja requiriendo la prestación de servicios de salud, y el establecimiento identifica que se está en presencia de un riesgo excluido, y finaliza, una vez que habiéndose prestado la atención requerida y encontrándose el paciente con alta médica o hemodinámicamente estable para su traslado a otro centro hospitalario, se emite la respectiva referencia médica, se genera la facturación para la recuperación de los costos en que se hubiere incurrido, y de ser necesario se ejecutan las acciones correspondientes a nivel de cobro administrativo y judicial.

Los funcionarios que participen del proceso de validación y facturación de riesgos excluidos, están autorizados, en el ejercicio de sus funciones, para acceder a la información contenida en los expedientes de salud y formularios institucionales, siéndoles igualmente aplicables las regulaciones sobre la confidencialidad que de tal información debe guardarse.

#### **ARTÍCULO 18°: De la identificación del riesgo**

La responsabilidad de identificar todos los hechos o circunstancias que ofrezcan indicios acerca de que el siniestro sufrido por el lesionado que demanda el servicio corresponden a un riesgo excluido, abarca a todos los funcionarios que laboran en el establecimiento de salud en el que este haya demandado la prestación de servicios.

#### **ARTÍCULO 19°: Del registro del riesgo**

La consignación en el expediente de salud de la persona lesionada, o en los formularios institucionales, entre ellos el de Admisión y Egreso, el de Atención de Urgencias y el de Referencia, de que se está ante una atención por riesgo excluido es responsabilidad del profesional en medicina, enfermería u odontología encargado de la atención, y deberá realizarse de la manera más detallada, clara, legible y completa.

Todo funcionario que haya tenido conocimiento de hechos o circunstancias que ofrezcan indicios sobre que la atención demandada se asocia con un riesgo excluido, deberá hacerlo del conocimiento del profesional en medicina, enfermería u odontología responsable de la atención.

En todas las ocasiones en que se haya prestado servicios en casos identificados como un riesgo excluido, se deberá emitir una referencia en la que se señale de forma clara, amplia, detallada y conforme lo que se hubiere consignado en el expediente de salud o formulario de Atención de Urgencias, la relación causal o indicios en los que se ampara la consignación realizada.

#### **ARTÍCULO 20°: De la evaluación de la gestión de los riesgos excluidos**

Corresponde a la Dirección Médica del establecimiento de salud, como autoridad superior del mismo y en coordinación con la Dirección Administrativa – Financiera o la Administración, según sea el nivel de atención, establecer y mantener a lo interno los mecanismos de control necesarios para garantizar que la identificación, captura de la información, registro, facturación, y seguimiento, en los casos de atenciones prestadas por riesgos excluidos, se realice de manera oportuna y de conformidad con lo dispuesto en este reglamento y en las demás disposiciones que se emitan.

En el caso de Áreas de Salud, Hospitales Periféricos y Hospitales Regionales, compete a la Dirección Regional de Servicios de Salud correspondiente revisar que tales mecanismos existan y se apliquen periódica y adecuadamente.

Para el caso de los Hospitales Nacionales y Especializados, será la Gerencia Médica la encargada de vigilar, por el medio que defina, que tales mecanismos existan y se apliquen.

**ARTÍCULO 21°: De la capacitación en materia de riesgos excluidos**

La unidad gestora en materia de riesgos excluidos, será la responsable de liderar y coordinar con el CENDEISSS y las unidades institucionales que sea necesario, la realización de procesos permanentes de capacitación sobre la aplicación de las normas emitidas para la correcta gestión de los riesgos excluidos.

Las Gerencias, ante pedido de la unidad gestora, dispondrán dentro de sus competencias, lo que corresponda para la participación de los profesionales, sean médicos, administrativos o técnicos, con los que la Caja cuenta, en los procesos de capacitación que se definan.

El tema de los riesgos excluidos deberá ser considerado, al menos en sus contenidos básicos, dentro de los programas que se establezcan asociados con procesos de inducción, a quienes por primera vez vayan a prestar sus servicios a la Caja en cualquiera de sus establecimientos, incluidos los profesionales en ciencias médicas que se presten a cumplir con su servicio social. Además, abarca a los médicos residentes en formación. Para estos fines, las unidades responsables, incluyendo las Jefaturas de Servicio de los Hospitales, coordinarán con el área gestora lo correspondiente y las Direcciones Médicas de los Hospitales y Áreas de Salud establecerán los controles que garanticen que dichos profesionales han sido debidamente capacitados sobre el tema, aspecto sobre el cual informarán a la Gerencia Médica con la periodicidad que ella defina.

**ARTÍCULO 22°: De la emisión de normativa en materia de riesgos excluidos**

Compete a la unidad gestora la emisión de lineamientos asociados con los aspectos operativos del manejo de los riesgos excluidos, individualmente o bien en conjunto con otras unidades institucionales, así como el someter a consideración y aprobación de las Gerencias, propuestas de circulares, manuales, protocolos o procedimientos que se estimen necesarios para la correcta gestión de los riesgos excluidos.

En el desarrollo de su labor deberá considerar la emisión de nuevas normativas o la modificación de las existentes, por disposición legislativa, del Poder Ejecutivo de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia o de la Superintendencia General de Seguros (SUGESE).

**CAPÍTULO VI  
DE LOS RECLAMOS****ARTÍCULO 23°: De la atención de reclamos o peticiones**

Corresponde a la Gerencia Financiera con el apoyo de la Dirección de Coberturas Especiales, dar atención a las peticiones o reclamos que sobre aspectos asociados con riesgos excluidos formulen a la Caja los participantes del mercado de seguros, y no correspondan a discrepancias con los criterios médicos en los términos del artículo 14° anterior.

Cualquier unidad institucional sea administrativa o establecimiento de salud que reciba una petición o reclamo por parte de alguno de los participantes del mercado de seguros no

asociadas con discrepancias médicas, se limitará a trasladarla de forma inmediata a la Gerencia Financiera, informando de ello por copia al peticionario.

La unidad gestora en materia de riesgos excluidos está autorizada para requerir a las unidades institucionales médicas o financieras, a través de sus respectivas jefaturas, informes y documentación que estime necesarios para la emisión de los criterios que funden la respuesta que la Gerencia habrá de brindar. La autorización comprende el acceso a la información que se encontrare consignada en los expedientes de salud de los pacientes y en los formularios institucionales.

De igual forma quedan autorizados los Inspectores de Leyes y Reglamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social para requerir información a las Direcciones Médicas de los establecimientos de salud y obtener copia del detalle de la atención brindada a un paciente, cuando hubiere indicios de un posible incumplimiento de las obligaciones obrero – patronales y de los trabajadores independientes.

## **CAPÍTULO VII**

### **DISPOSICIONES APLICABLES A LA ATENCIÓN DE PERSONAS LESIONADOS POR RIESGOS DEL TRABAJO**

#### **ARTÍCULO 24°: De la identificación del riesgo**

Cuando un trabajador demande en un establecimiento de salud la prestación de servicios y el profesional en medicina u odontología durante la atención médica integral identifique la etiología del mismo como un caso atribuible a un riesgo del trabajo, procederá a consignar tal circunstancia de manera clara, amplia y detallada en el expediente de salud respectivo o en el formulario de Atención de Urgencias.

Aunado a lo anterior, anotará los días de reposo recomendados, de conformidad con lo que regula sobre ese aspecto, el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud.

En todos los casos deberá quedar consignado en el expediente o formulario de atención, el que se ha procedido a la emisión de la referencia a la que se refiere el artículo 19° de este reglamento.

#### **ARTÍCULO 25°: De la emisión de referencias**

En todas las ocasiones en que se haya prestado servicios en casos identificados como un riesgo del trabajo, se deberá emitir una referencia en la que se señale de forma clara, amplia, detallada y conforme lo que se hubiere consignado en el expediente de salud o formulario de Atención de Urgencias, las consideraciones que fundan la existencia de la relación causal establecida para calificar la atención como un riesgo del trabajo, así como el detalle de las prestaciones que se le hubieren brindado al paciente.

La referencia en cuestión será entregada al paciente o sus representantes, quienes firmaran como prueba de recibo de la misma. La copia recibida se mantendrá en custodia del establecimiento de salud.

#### **ARTÍCULO 26°: Del lugar en que se presta el servicio**

La prestación que se demande en los servicios de consulta externa o emergencias de los establecimientos de salud, se otorgará de acuerdo con los protocolos y disposiciones establecidas institucionalmente.

Tratándose de atenciones complementarias, el lesionado deberá presentarse ante la Dirección Médica, la Jefatura de la Consulta Externa o de Emergencias, según el nivel de atención de que se trate, para que esta verifique la corrección de la solicitud enviada por la aseguradora y pueda procederse a la prestación solicitada, lo que en todo caso deberá materializarse siguiendo las disposiciones aplicables para los asegurados del seguro de salud y las regulaciones establecidas en este reglamento.

#### **ARTÍCULO 27°: De las atenciones posteriores a la emisión de una referencia**

Si posterior a la emisión de la referencia a la que alude el artículo 25°, el trabajador se presenta requiriendo una nueva atención sea en la consulta externa o en el servicio de emergencias, y el profesional en medicina determina que ésta tiene su origen en la misma causa ya previamente establecida como riesgo del trabajo, procederá a explicar tal circunstancia al paciente, previo a brindarle la atención que corresponda de conformidad con las regulaciones establecidas en este reglamento.

En la referencia que habrá de elaborarse con ocasión de la nueva atención deberá consignarse un resumen del contenido de la referencia original.

#### **ARTÍCULO 28°: De los casos en que el lesionado presenta contra - referencia**

Si posterior a la entrega de la referencia a la que alude el artículo 25°, y antes de que transcurran cinco días hábiles contados a partir del día siguiente al que la atención fue brindada, el trabajador se presenta requiriendo una nueva atención, sea en la consulta externa o en el servicio de emergencias, y presenta una contra referencia, firmada por un profesional en medicina de una aseguradora, la misma deberá adjuntarse al formulario de "Atención de Urgencias- Emergencias" o al Expediente de Salud, para que el médico a cargo, preferiblemente un especialista en la materia o un médico general, proceda con la valoración correspondiente, emitiendo una nota médica en la hoja de evolución, clara y legible, en la que quede plasmado el historial médico del paciente y concomitantemente el diagnóstico.

En caso de que efectuado el análisis, el médico mantenga el criterio de que se trata de un riesgo del trabajo, según se había indicado en la referencia original, se informará de ello al paciente, y el médico anotará en el expediente de salud o formulario de atención de urgencias y en la referencia que se emita lo correspondiente.

Por su parte, si la conclusión a la que se arriba luego del análisis efectuado es que la primera determinación debe ser variada pues se considera que la etiología del caso es propia de una enfermedad común, se informará de ello al paciente, se anotará lo correspondiente en el expediente de salud y se continuará brindándole las atenciones al paciente, tal y como se hace con cualquier paciente que habiendo sufrido un riesgo cubierto por los Seguros Sociales que administra la Caja, demanda se le brinden atenciones, incluyendo las disposiciones contenidas en el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los beneficiarios del Seguro de Salud.

En este segundo supuesto, la Dirección Médica adoptará las medidas necesarias para dejar sin efecto todo proceso de facturación que se hubiere gestado con base en la determinación que está siendo revocada.

#### **ARTÍCULO 29°: De los casos que requieren referencia dentro de la red de servicios**

Cuando los profesionales en ciencias médicas de la Caja, refieran al trabajador a un nivel de atención superior dentro de la misma red institucional, por estimarlo indispensable para la adecuada determinación de si el caso tiene su origen en una enfermedad común o en un riesgo del trabajo, en el mismo momento en que se elabore la referencia para el siguiente nivel, en caso de que así lo estime, el profesional en medicina con la aprobación de su jefatura inmediata, podrá emitirle una incapacidad al paciente de acuerdo con las regulaciones del Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud.

Corresponde a la Gerencia Médica emitir las disposiciones e instrucciones, así como disponer los ajustes que fueren necesarios en los sistemas institucionales, para que en caso de reafirmarse por parte de la Caja que el caso correspondía a un riesgo del trabajo, el monto por las prestaciones en dinero erogadas en el supuesto anterior, sean facturadas.

#### **ARTÍCULO 30°: Del traslado de pacientes**

Una vez que el paciente ha recibido la atención necesaria para superar su condición de urgencia o emergencia, y encontrándose hemodinámicamente estable, requiere continuar recibiendo ésta ingresado en un centro hospitalario, todo a criterio del profesional en medicina, se le requerirá indicar el centro hospitalario o la aseguradora con la cual debe coordinarse su traslado.

Corresponde a la Dirección Médica del establecimiento de salud definir la Jefatura Médica responsable de realizar la comunicación formal a la aseguradora o centro hospitalario de que el paciente se encuentra listo para ser trasladado. Los aspectos técnico – médicos de las condiciones del traslado serán coordinados por un profesional en medicina del establecimiento con el profesional en medicina de la aseguradora.

La aseguradora es la responsable primaria de retirar al paciente del establecimiento de salud de la Caja y trasladarlo al establecimiento de salud propio o de la red de proveedores de servicios que haya contratado. Excepcionalmente la Caja, en el tanto cuenta con el recurso para tales efectos, podrá prestarle a la aseguradora colaboración en el traslado del paciente,

ello atendiendo solicitud expresa de la misma en la que se incluya garantía del pago por dicho servicio, mismo que será incluido en el respectivo cobro que se le realice.

### **ARTÍCULO 31°: De la facturación de las atenciones por riesgos del trabajo**

Determinada la etiología como propia de un riesgo del trabajo y vencido el plazo de cinco días hábiles a que se refiere el párrafo segundo del artículo 14° sin que se hubiese presentado oposición, o bien en caso de que se hubiere interpuesto, una vez resuelto el o los recursos interpuestos, las atenciones brindadas en los establecimientos de salud de la Caja serán facturadas a la respectiva aseguradora.

Si el paciente que está siendo atendido en los establecimientos de salud de la Caja por haber sufrido un riesgo del trabajo falleciere, ello no enervará la responsabilidad del patrono o la aseguradora de pagar la suma que le fuere cobrada por las atenciones brindadas.

En los casos de riesgos del trabajo si en respuesta al cobro efectuado, la aseguradora dentro del plazo concedido para el pago, comunicare que no ha recibido la denuncia del acaecimiento del siniestro, conforme lo exige la legislación vigente, el establecimiento de salud dejará sin efecto la facturación realizada a la aseguradora y procederá, sin solución de continuidad, a dirigir la facturación al patrono con el cual aparezca reportado el trabajador en las planillas de la Caja, en la fecha en la que hubiere sido prestada la atención.

Se exceptúan de lo señalado en el párrafo anterior, los casos de atenciones complementarias en cuyo supuesto la facturación se generará en todos los casos a la aseguradora solicitante. De igual forma se realizará el cobro a la aseguradora cuando la atención deba brindarse en virtud de orden judicial, sea esta una medida cautelar o una orden definitiva, emitida al efecto.

Cuando el trabajador que recibió la atención identificada como un riesgo del trabajo, manifieste laborar para un patrono determinado y se tengan indicios de que no se encuentra reportado en planillas ante la Caja, ello en cumplimiento de la obligación establecida en el párrafo primero del numeral 73° constitucional, el establecimiento de salud procederá a poner en conocimiento del Servicio de Inspección tal circunstancia, a través de los procedimientos establecidos al efecto por la Gerencia Financiera.

Bajo ninguna circunstancia podrá facturarse o cobrarse a un trabajador asalariado por atenciones que le hayan sido prestadas, cuya etiología, fue determinada como propia de un riesgo del trabajo.

## **CAPÍTULO VIII DISPOSICIONES APLICABLES A LA ATENCIÓN DE PERSONAS LESIONADOS POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO**

### **ARTÍCULO 32°: De las atenciones por accidentes de tránsito**

Los establecimientos de salud de la Caja prestarán la atención de urgencia o emergencia que requiera todo lesionado víctima de un accidente de tránsito. Si por el tipo de lesión o la

mecánica de la misma éste, a criterio del profesional en medicina, tuviere en riesgo su vida, éste consignará tal hecho en el expediente u hoja de atención de urgencias, ello a los efectos de lo que establece el artículo 66, inciso b de la Ley de Tránsito.

Aunado a lo anterior, en caso de estimarse que lo amerita, el profesional en medicina u odontología anotará los días de reposo recomendados, de conformidad con lo que regula sobre ese aspecto el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud.

En todos los casos deberá quedar consignado en el expediente o formulario de atención, el que se ha procedido a la emisión de la referencia a la que se refiere el artículo 19° de este reglamento.

### **ARTÍCULO 33°: De la emisión de referencias**

En todos los casos en que se haya brindado atención a un lesionado de accidente de tránsito, se deberá emitir una referencia en la que se señale de forma clara, amplia, detallada y conforme lo que se hubiere consignado en el expediente de salud o formulario de Atención de Urgencias, los indicios que se tuvieron para realizar tal calificación, las prestaciones que se le hayan brindado a la persona lesionado, así como el costo aproximado de las mismas. Además deberá indicarse si el lesionado al momento de la atención poseía alguna modalidad de aseguramiento para con los Seguros Sociales administrados por la Caja.

La referencia en cuestión le será entregada al paciente o sus representantes, quienes habrán de acusar recibo de la misma, lo anterior como insumo para las acciones que le corresponda desarrollar en el ejercicio de la libertad de elección que le confiere la Ley de Tránsito. La copia recibida se mantendrá en custodia del establecimiento de salud.

### **ARTÍCULO 34°: Del traslado de pacientes**

Una vez que el paciente ha recibido la atención necesaria para superar su condición de urgencia o emergencia, y encontrándose hemodinámicamente estable, requiriere continuar recibiendo ésta ingresado en un centro hospitalario, todo a criterio del profesional en medicina, se le requerirá indicar el centro hospitalario o la aseguradora con la cual debe coordinarse su traslado.

Corresponde a la Dirección Médica del establecimiento de salud definir la Jefatura Médica responsable de realizar la comunicación formal a la aseguradora o centro hospitalario de que el paciente se encuentra listo para ser trasladado. Los aspectos técnico – médicos de las condiciones del traslado serán coordinados por un profesional en medicina del establecimiento con el profesional en medicina de la aseguradora u hospital.

La aseguradora es la responsable primaria de retirar al paciente del establecimiento de salud de la Caja y trasladarlo al establecimiento de salud propio o de la red de proveedores de servicios que haya contratado. Excepcionalmente la Caja, en el tanto cuenta con el recurso para tales efectos, podrá prestarle a la aseguradora colaboración en el traslado del paciente, ello atendiendo solicitud expresa de la misma en la que incluya el compromiso de contar con

los recursos para pagar por dicho servicio, monto que será incluido en el respectivo cobro que se le realice.

### **ARTÍCULO 35°: De la facturación de las atenciones por accidentes de tránsito**

El costo de las atenciones brindadas a lesionados que han sufrido accidentes de tránsito, serán facturadas, al momento del egreso del paciente, a la aseguradora que le corresponda la cobertura de dicho siniestro.

Si el paciente que está siendo atendido en los establecimientos de salud de la Caja por haber sufrido un accidente de tránsito falleciere, ello no enervará la responsabilidad de la aseguradora de pagar la suma que le fuere cobrada por las atenciones brindadas.

Cuando en respuesta al cobro efectuado, la aseguradora dentro del plazo concedido para el pago, comunicare que el caso en cuestión le fue rechazado o declinado al lesionado, el establecimiento de salud procederá a la anulación de la factura.

En este último supuesto el establecimiento de salud, deberá verificar si al momento de prestar las atenciones el lesionado contaba con alguna modalidad de aseguramiento con los Seguros Sociales administrados por la Caja, y en caso de que no contare con ninguna modalidad de aseguramiento deberá determinarse la procedencia de facturar al lesionado el valor de las atenciones brindadas, aplicando para ello las disposiciones relativas a la atención de personas lesionadas no asegurados del Seguro de Salud.

Si al momento de su egreso, el paciente, mayor de edad, que ha sido atendido por haber sufrido un accidente de tránsito, no hubiere presentado directamente o por cualquier otro medio, prueba de haber cumplido con la obligación de dar aviso sobre el siniestro, conforme lo regula el artículo 68° de la Ley de Tránsito, el costo de las atenciones brindadas por ese riesgo excluido de los Seguros Sociales le serán facturadas directamente.

Si dentro del plazo de cinco días hábiles a que se refiere el artículo 14° párrafo segundo del presente reglamento, o en su defecto dentro del concedido al lesionado para el pago de la suma facturada, éste o cualquier otra persona presenta ante el establecimiento de salud prueba de que una aseguradora acogió bajo la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores el siniestro, el establecimiento de salud dejará sin efecto la facturación realizada al lesionado y procederá, sin solución de continuidad, a facturar el valor de las atenciones a la aseguradora respectiva.

### **ARTÍCULO 36°: Del cobro de las atenciones por accidentes de tránsito brindadas a personas menores de edad.**

Cuando una persona menor de edad - situación que habrá de consignarse en la referencia respectiva a los efectos de lo que establece el artículo 66, inciso b de la Ley de Tránsito - reciba atenciones de urgencia o emergencia derivadas de un siniestro cubierto por el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, las mismas serán facturadas a la aseguradora.

Si en respuesta al cobro efectuado, la aseguradora dentro del plazo concedido para el pago, comunicare que no ha recibido el aviso del acaecimiento del siniestro, conforme lo establecido en artículo 68° de la Ley de Tránsito, el establecimiento de salud dejará sin efecto la facturación realizada a la aseguradora y procederá a facturar el valor de las atenciones al Estado, hasta por el monto de la cobertura que le hubiere correspondido en caso de haberse tramitado la cobertura con cargo a la póliza respectiva.

El procedimiento para la materialización del cobro al Estado aquí regulado, será aprobado por la Junta Directiva, atendiendo recomendación presentada por la Gerencia Financiera.

## **CAPÍTULO IX DE OTROS RIESGOS EXCLUIDOS**

### **ARTÍCULO 37°: Cobro de servicios médicos por riesgos excluidos no asociados a seguros obligatorios**

Cuando para una actividad específica exista una disposición normativa de orden público y alcance general, que obligue a contar para su desarrollo con una póliza con cobertura suficiente para garantizar que se brindarán al beneficiario la totalidad de las atenciones médico, quirúrgicas y de rehabilitación que llegare a requerir hasta el efectivo restablecimiento de su estado de salud, en la prestación de servicios que la Caja otorgare a un lesionado en dicha actividad se aplicarán en lo que resulten compatibles las disposiciones del presente reglamento.

En el supuesto del párrafo anterior, el cobro de las atenciones se realizará directamente al lesionado, mayor de edad, excepto que de un análisis jurídico de la normativa que rige la actividad se determine la procedencia de imputar el costo de tales atenciones a otra u otras personas físicas o jurídicas, o bien al lesionado y concomitantemente de forma solidaria a otra u otras personas físicas o jurídicas.

Además, para la facturación al lesionado se aplicarán en lo que resulten compatibles las disposiciones institucionales existentes para la facturación y cobro de atenciones a pacientes No Asegurados del Seguro de Salud.

La emisión de los procedimientos para la identificación, registro, cobro y seguimiento de los casos que se enmarquen en los supuestos de este artículo, será responsabilidad de las Gerencias Médica y Financiera.

## **CAPÍTULO X DE LAS SANCIONES**

### **ARTÍCULO 38°: De las sanciones**

El incumplimiento a lo dispuesto en este Reglamento, y a los Manuales, Procedimientos y Protocolos que para su ejecución se emitan, se sancionarán de acuerdo con lo regulado en el Reglamento Interior de Trabajo, Normativa de Relaciones Laborales, Código de Ética del Servidor de la CCSS, Código de Ética del Colegio de Médicos y Cirujanos, Ley General de la

Administración Pública, Ley General de Control Interno y demás normativa aplicable, incluyendo el Código Penal y el Código Procesal Penal.

## **CAPÍTULO XI DISPOSICIONES FINALES**

### **ARTÍCULO 39°: Vigencia**

El presente Reglamento comenzará a regir a partir de su publicación en el Diario Oficial “La Gaceta”.

Las Gerencias Médica y Financiera ejecutarán dentro del plazo de seis meses contado a partir de la publicación del presente reglamento, un proceso de capacitación que abarque la totalidad de los establecimientos de salud y las sucursales de la Caja. Para tales efectos los Directores Médicos, incluidos los de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud y Hospitales, y los Directores Regionales de Sucursales así como los Administradores de éstas prestarán toda la colaboración que resulte necesaria.

### **ARTÍCULO 40°: Reformas**

El presente Reglamento modifica, en los términos que se dirá, los artículos 10°, 16°, 32°, 33° y 73° del *Reglamento del Seguro de Salud*, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 12° de la sesión N° 7097, y reformado en el artículo 10° de la sesión 8712, celebrada el 24 de abril del año 2014.

- a) Se reforma la definición de **ACCIDENTE DE TRÁNSITO**, contenida en el artículo 10° cuyo texto dirá:

**“ARTÍCULO 10°. Para los efectos de este Reglamento se entiende por.**

**Accidente de Tránsito:** Acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por las vías públicas terrestres, las gasolineras, estacionamientos públicos, privados de uso público o comerciales regulados por el Estado, las playas y en las vías privadas. En el accidente de tránsito debe estar involucrado al menos un vehículo y producirse muerte o lesiones de personas y/o daños en los bienes a consecuencia de la infracción a lo dispuestos en la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial, Ley N° 9078.

- b) Al artículo 16° se agrega un apartado “3” cuyo texto dirá:

**“ARTÍCULO 16°: De los Riesgos Excluidos**

**1. (...)**

**2. (...)**

3. Los casos regulados por normas de orden público en los que para el desarrollo de una actividad, exista obligación de contar con una póliza que garantice la cobertura total de gastos de atención médica sanitaria y de rehabilitación.”

c) Se reforma el artículo 32° cuyo texto dirá:

**“ARTÍCULO 32°:**

**De las incapacidades otorgadas por aseguradoras que comercializan pólizas del Seguro de Riesgos del Trabajo o del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores.**

No procede el pago de subsidio por enfermedad cuando se esté frente un riesgo excluido conforme la definición contenida en el artículo 16° del presente reglamento.

Tratándose de lesionados que se encuentran dentro de la cobertura de la póliza del Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, el pago del subsidio a que se refiere el artículo 73° de la Ley de Tránsito, se realizará de conformidad con las regulaciones que contenga el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias e Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud y su respectivo instructivo.”

d) Se reforma el artículo 33° cuyo texto dirá:

**“ARTÍCULO 33°:**

**De la complementariedad de incapacidades en casos de riesgos del trabajo**

Cuando una incapacidad por enfermedad común otorgada por la Caja, inicie o exceda a una otorgada por una aseguradora que comercializa la póliza del Seguro de Riesgos del Trabajo en razón de haberse determinado una etiología propia de ese riesgo, se reconocerá el pago de subsidio por enfermedad con cargo al seguro de salud una vez terminado el plazo de incapacidad otorgado por la aseguradora, y siempre y cuando se cumplan los plazos de calificación indicados en el artículo 34° de este reglamento.”

e) Se reforma el artículo 73° cuyo texto dirá:

**“ARTÍCULO 73°:**

**Del cobro de servicios por atención de riesgos excluidos**

Cuando los establecimientos de salud de la Caja prestaren atenciones en casos de siniestros cuyos lesionados están cubiertos por pólizas de riesgos excluidos de las coberturas del seguro de salud, conforme lo establecido en el artículo 16° del presente reglamento, deberán desplegarse en concordancia con lo establecido en el artículo 73°, párrafo tercero de la Constitución Política, todas las acciones necesarias para la recuperación de los recursos del Seguro de Salud invertidos en la prestación de tales

atenciones. Corresponde a la Dirección de Cobros de la Gerencia Financiera el ejercicio de las acciones de Cobro Administrativo y Judicial que resulten necesarias.”

## **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

### **Transitorio I**

Se otorga a las Gerencias Médica y Financiera un plazo de tres meses, a partir de la entrada en vigencia del presente Reglamento, para emitir un Manual de Normas y Procedimientos para la Gestión de Riesgos Excluidos, en el que se regulen los aspectos operativos necesarios para la aplicación del presente Reglamento”.

Asimismo, **se instruye** lo pertinente a fin de realizar el trámite de publicación en el Diario Oficial La Gaceta.

**ACUERDO SEGUNDO:** instruir a las Gerencias Médica y Financiera, para que, de manera conjunta y a través de sus instancias técnicas, procedan con la divulgación, capacitación e implementación del *Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social*.

**ACUERDO TERCERO:** reiterar a la Gerencia Médica que continúe coordinando con la Gerencia Financiera la mejora de los procesos de capacitación y acciones cobratorias de los servicios prestados al INS (Instituto Nacional de Seguros) y cualquier otra aseguradora privada que a futuro pueda incursionar en el mercado para la comercialización de pólizas obligatorias de Riesgos Excluidos, de modo tal que la Institución logre, de una forma más ágil y eficiente, la recuperación de la totalidad de recursos invertidos en las atenciones de los riesgos excluidos del Seguro de Salud.

**ACUERDO CUARTO:** esta Junta Directiva considera conveniente insistir ante la Administración Activa, particularmente, ante la Gerencia Médica, respecto de la necesidad de que se ejecuten acciones tendientes a reforzar los procesos de concientización dirigidos, especialmente, a los Directores Médicos de los establecimiento de salud y, en general al cuerpo médico y odontológico institucional, sobre la relevancia que tiene la correcta y oportuna identificación de los casos de pacientes que hubieren sufrido un riesgo del trabajo (accidente o enfermedad laboral) o un accidente de tránsito, ello en aplicación de lo regulado en el Reglamento de Riesgos Excluidos, Protocolos y demás normativa relacionada.

### **ARTICULO 28°**

Se tiene a la vista el oficio N° GF-40.508-15, del 29 de setiembre del año 2015, suscrito por el Gerente Financiero, que contiene el informe sobre la implementación Política de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales.

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

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia Financiera

Implementación  
 Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales  
 GF-40.508  
 Octubre 2015.

2) Artículo 7°, Sesión 8728, 07 de agosto de 2014

“(...) instruir a las Gerencias para que se ejecute la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas de la Caja Costarricense de Seguro Social (...)”

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

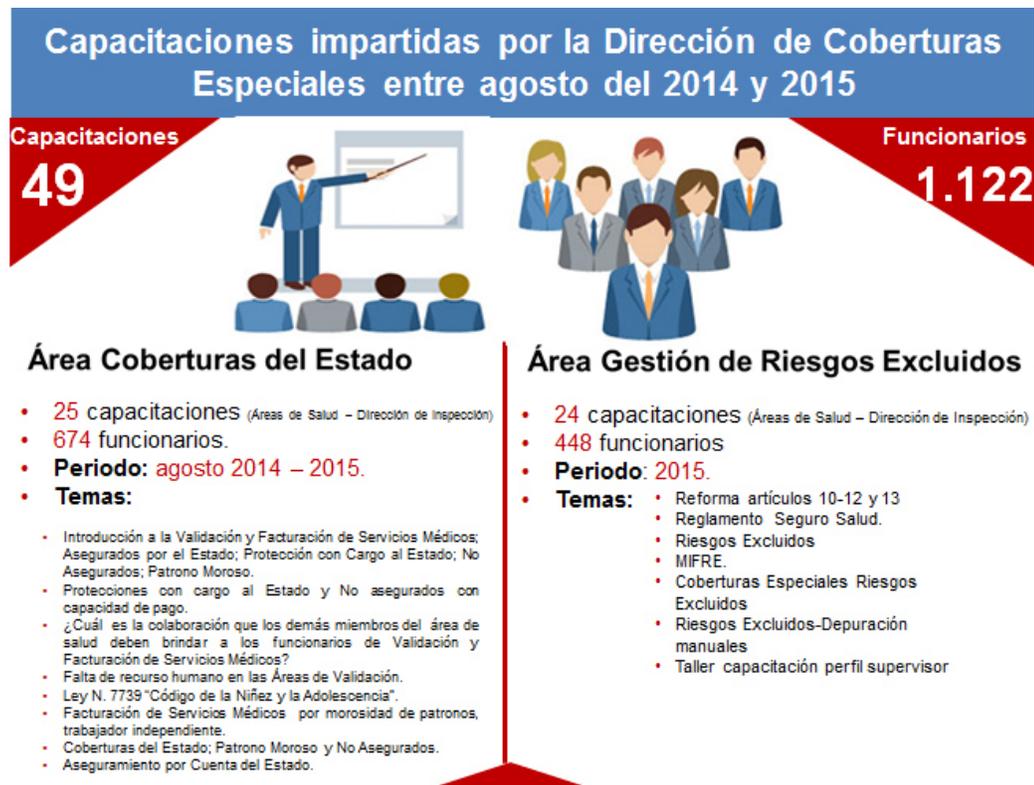
3)



4)



5)



6)

## 2. Recursos Humanos: Acciones realizadas

### Área Diseño, Administración de Puestos y Salarios:

- Actualización plantilla de Recurso Humano, diseño de perfiles y cantidad de funcionarios requeridos en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

### Dirección de Coberturas Especiales y Dirección Administración y Gestión de Personal:

- Equipo de Trabajo: Análisis de la Necesidad de Recurso Humano Servicios de Validación y Facturación de Servicios Médicos:

**Etapas:**

**Etapas I:** Acciones Introductorias y de Planificación del Proyecto.

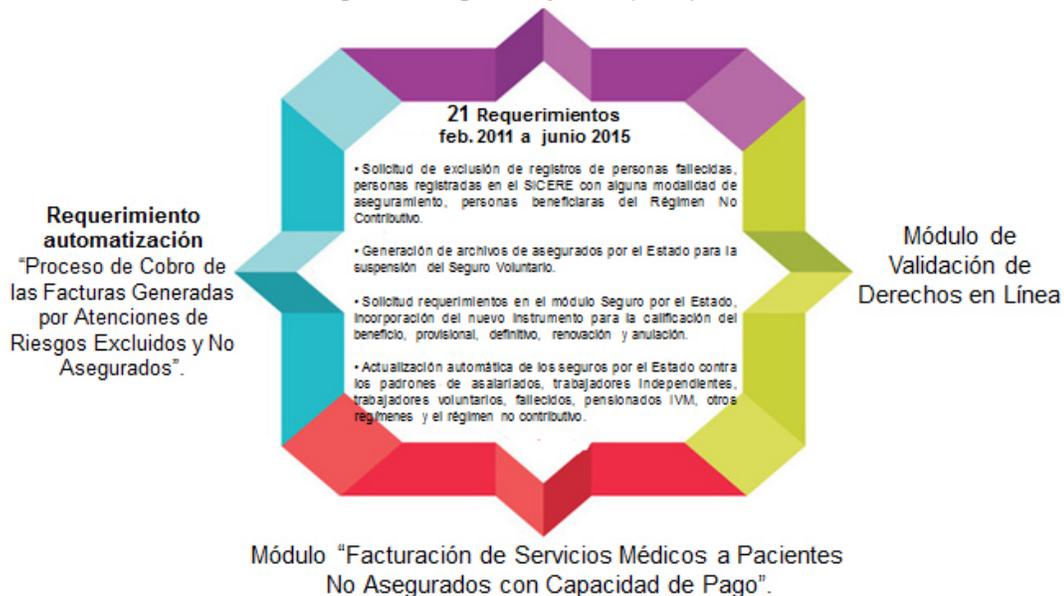
**Etapas II:** Desarrollo y Construcción de la Herramienta para la Recopilación de Información en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

**Etapas III:** Aplicación de la Herramienta.

7)

### 3. Sistemas de Información: Acciones realizadas

Mejoras tecnológicas en el Módulo de Seguro por Cuenta del Estado del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC).



8)

### 4. Control y evaluación: Acciones realizadas

Evaluación de la gestión de las Áreas Gestión de Riesgos Excluidos y Coberturas del Estado:

Se está finalizando la definición de los parámetros y metodologías que se utilizarán como referencia, para medir la eficacia y eficiencia de la gestión desarrollada por la Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

Se está desarrollando un plan de acción para la selección de los Centros de Salud que serán evaluados, considerando para ello criterios de demanda, oferta, localización geográfica, entre otros.



9)



10) **5. Divulgación y evaluación: charlas institucionales**

**Charlas institucionales**

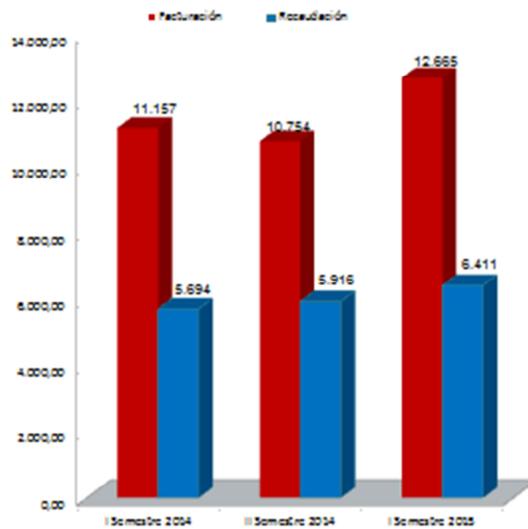
Se han realizado charlas informativas y de sensibilización dirigidas al personal médico, de enfermería y administrativo de la Institución que labora directamente en los Servicios de Urgencias-Emergencias y Consulta Externa, en relación con la importancia de lograr una correcta y oportuna identificación de los casos de Riesgos Excluidos, aprovechando para ello los espacios cedidos dentro de los Consejos Regionales Ampliados de Directores Médicos, así como a través del Consejo Técnico de Coberturas Especiales, instancia creada para la valoración de necesidades de los Establecimientos de Salud, en lo concerniente con la ejecución de los macro procesos de Riesgos Excluidos y Coberturas del Estado.

11)



- 12) Resultados de la gestión.
- 13)

### Comportamiento de la facturación y recaudación MIFRE

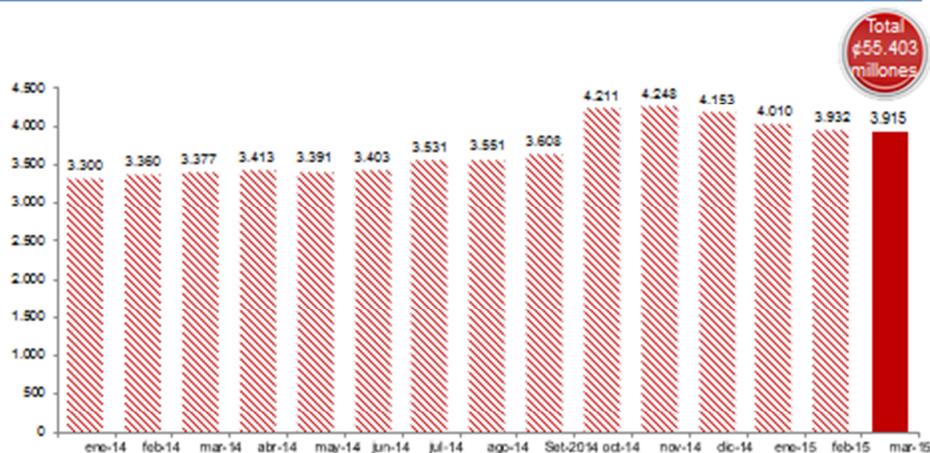


#### Incremento en el número de casos identificados

Como consecuencia de la mayor conciencia en el cuerpo médico institucional sobre la importancia de realizar el registro de tales eventos.

- 14)

### Costo de atención a la población indígena enero 2014 – marzo 2015

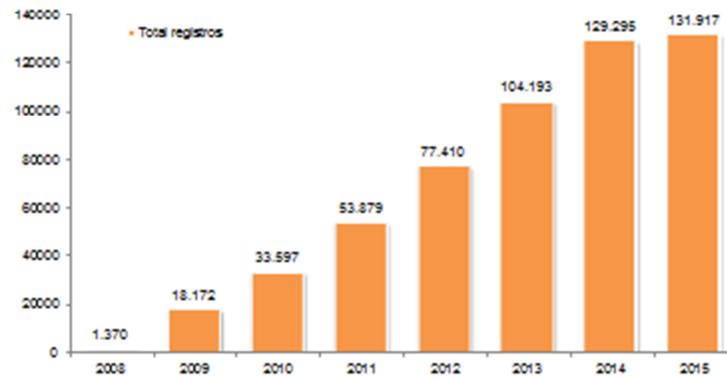


#### Artículo 6º de la Ley Nº 7374, relacionado con el costo de atención de la población indígena.

Mejora en el suministro de información al FODESAF, proceso que sustenta la facturación por concepto de atención de la población indígena.

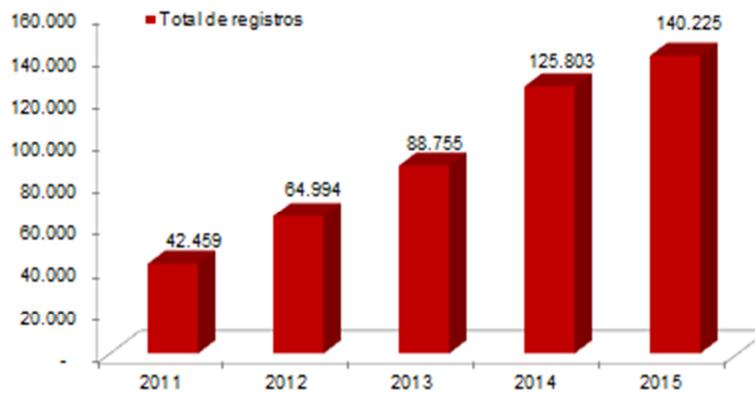
15)

### Cantidad de registros Código Niñez y la Adolescencia



16)

### Cantidad de registros Otras Leyes Especiales



17)



18) Propuesta de acuerdo de Junta Directiva.

19) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

De conformidad con la exposición realizada por el señor Gerente Financiero y el Director de Coberturas Especiales, así como de la información contenida en la nota número GF-40.508 de fecha 29 de setiembre del año 2015, suscrita por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero y el oficio DCE-0371-09-2015 del 08 de setiembre del 2015 emitido por el Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales., la Junta Directiva **ACUERDA:**

**ACUERDO PRIMERO:** Dar por conocido el informe denominado “**Informe Implementación de la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales**” y dar por atendido lo contenido en el artículo 1° de la sesión 8584 del 11 de junio del 2011, artículo 25 de la sesión 8625 del 28 de febrero del 2013, artículo 9 de la sesión 8670 del 17 de octubre del 2013 y el artículo 7° de la sesión 8728 del 07 de agosto del 2014, asimismo, se solicita a las Dirección de Coberturas Especiales continuar con las acciones para la implementación de la citada Política.

Respecto de la implementación de la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales, resalta el licenciado Cordero García el apoyo en el proceso, que han recibido por parte de todas las Gerencias de la Institución, lo cual ha permitido adoptar una serie de medidas

muy importantes y que han venido trabajando en el transcurso del tiempo. Dentro de la Política se plantearon cinco ejes principales de acción, sobre los cuales se debería manejar este tema, porque es el resultado de todo un estudio que se hizo, a nivel de las áreas médicas para determinar aquellas donde existía algún tipo de debilidad o posibilidad de mejora. En cuanto a las capacitaciones impartidas por la Dirección de Coberturas Especiales, entre el mes de agosto del año 2014 y año 2015, se han impartido 49 para un total de 1.122 funcionarios capacitados, tanto en temas de coberturas del estado, como en gestión de riesgos excluidos, el cual ha sido un trabajo muy intenso, que ha permitido llegar a muchas unidades que, anteriormente, no tenían mucho conocimiento de los temas y se traduce en los números. En cuanto al segundo eje de recursos humanos, destaca que junto con la Dirección de Gestión y Administración de Personal, se ha venido trabajando en una Comisión donde el enfoque ha sido, el proceso de actualización de la plantilla de los perfiles de los funcionarios, en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos. Además, se cuenta con un equipo de trabajo que ha analizado las necesidades de operar algunas de esas Unidades de Validación durante mas turnos, de forma que no suceda, lo que han mencionado alguno de los señores Directores, como es que la Unidad de Validación esté cerrada y no hay manera de registrar los costos en ese momento. Se tienen presentados 21 requerimientos de mejora tecnológica, los cuales establecerán una serie de controles y mecanismos, en el momento de registrar la información de esa población, dentro de la base de datos. Se tiene presentados dos requerimientos, para lograr el control del cobro administrativo y judicial, dentro de los módulos tanto de Riesgos Excluidos, como de facturación a pacientes no asegurados, es un tema que se aborda con un módulo informático. Para la divulgación y evaluación, se cuenta con el apoyo de la Dirección de Comunicación Organizacional, sobre diferentes elementos escritos, programas de radio, televisión y la prensa escrita, en los cuales se han divulgado diferentes temas, por ejemplo, el tema del seguro por el Estado y protecciones con cargo al Gobierno. Hace un momento, el Dr. Fallas Camacho señaló la importancia de concientizar al cuerpo médico, en cuanto a los temas de riesgos excluidos, destaca que con el apoyo de la Gerencia Médica, se han logrado espacios dentro de los Consejos Regionales ampliados de Directores, en los cuales el licenciado Porras Núñez y los funcionarios de la Dirección de Coberturas Especiales, han estado directamente con los médicos, planteando toda la temática que se maneja, para ir calando cada vez más en ellos, sobre la importancia e identificación de los temas. Comenta que cuando se acercan las fiestas taurinas, se envía un comunicado a las municipalidades, se les hace una nota recordándoles la existencia del Decreto y deben velar por su cumplimiento, antes de otorgar los permisos a los organizadores. En el sistema de información, se trata de implementar las mejoras que están planteadas, para el tema del Módulo del Seguro por el Estado y se logren automatizar los procesos, tanto de cobros administrativos como judicial que están en los módulos de riesgos excluidos y no asegurados. En control y evaluación corresponde terminar y definir, las metodologías y parámetros que se van a utilizar para hacer esa evaluación, así como establecer las unidades donde se van a implementar durante el año 2016.

En relación con una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez, responde el licenciado Cordero García que la implementación de la política, se iniciará a partir del año 2016, para lo cual se tiene definido un modelo que se va a aplicar; en el tema de aseguramiento por el Estado y Protecciones Especiales, se cuenta con formularios las entrevistas. Destaca que se deben definir los centros de salud, porque la capacidad para ir a todos no la tienen, pero a través de las visitas que se tienen programadas para la de capacitación a los centros, se ha logrado identificar algunas áreas donde existe más debilidad de los temas. La idea es tratar de establecer aquellos centros

donde se considera que son los más apropiados, para hacer la evaluación y una vez definidos, establecer el respectivo plan de trabajo.

Al respecto, indica el licenciado Gutiérrez Jiménez que lo significativo el proceso, es que el médico, tenga la información correcta para que lo registre en el expediente, porque de ahí surge todo el proceso, porque si no se evalúa por los centros más importantes, por ejemplo, el que tenga mucho más población que está siendo atendida, sino se evalúa, no se tendrá información en términos de si realmente se está produciendo impacto. Porque se conoce que depende del médico, pero si no lo tiene claro y si solo se conversa con el Consejo, pero la información no la conoce el médico y es quien da la consulta externa, poco resultado se va a tener.

Sobre el particular, refiere el licenciado Cordero García que se mencionaba el tema de los Consejos, para destacar el apoyo que se ha tenido de la Gerencia Médica, para abordar el tema pero, las capacitaciones que se van a dar, propiamente, a las regiones será a los médicos y se cuenta con el material correspondiente. La idea es definir esos centros y establecer el plan de trabajo que, evidentemente, no va a conllevar todo el año, sino un período de tiempo, en el que se va a aplicar las evaluaciones, tener los resultados y determinar las conclusiones, para tomar las decisiones que se deban tomar. En la fase de divulgación y evaluación, igual se continuará con la Dirección de Desarrollo Organizacional, aprovechando todos esos espacios que se han logrado, a través de los medios escritos, se va a tratar de potenciar más el uso del sistema de videoconferencias, el Lic. Porrás indica que en el caso del médico, es más fácil trabajar directamente con él, en el sitio sobre el tema de riesgos excluidos que a través de un sistema de videoconferencia, porque se tiene más contacto, por lo cual se va a tratar de potenciar, ese tipo de herramientas.

En cuanto a la propuesta de acuerdo, sugiere el licenciado Gutiérrez Jiménez que al final, se indique con las acciones para la implementación de la citada Política, con énfasis en la divulgación y control.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio que firma el señor Gerente Financiero, número GF-40.508-15, del 29 de setiembre del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

## I. “ANTECEDENTES

En el artículo 7°, de la sesión N° 8728 celebrada 07 de agosto del 2014 la Junta Directiva acuerda:

*“...instruir a las Gerencias para que se ejecute la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales de la Caja Costarricense de Seguro Social...”*

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

Con el propósito de cumplir con lo requerido por la Junta Directiva, mediante oficio o DCE-371-09-2015 de fecha 08 de setiembre 2015, el Lic. Miguel Cordero García, Director a.i de Coberturas Especiales presenta el informe implementación de la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales, destacándose las siguientes acciones:

## II. REGULACIÓN Y NORMALIZACIÓN

### a. Elaboración Propuesta de “Reglamento de Riesgos Excluidos”:

Con oficio DCE-0142-04-2014 del 24 de abril 2014, la Dirección de Coberturas Especiales remitió a la Gerencia Financiera, el texto final de la Propuesta “*Reglamento de Riesgos Excluidos*”.

La finalidad del reglamento es establecer un marco normativo en Materia de Riesgos Excluidos, regular proceso de Validación y Facturación de Servicios Médicos, lograr una gestión uniforme y sistemática de los Riesgos Excluidos y facilitar la gestión de identificación, recaudación y cobro de las sumas facturadas por Riesgos Excluidos.

La propuesta comprende siete capítulos: Principios y Ámbito de Aplicación, Disposiciones Generales, Disposiciones aplicables a la atención de riesgos calificados como cubiertos por el Seguro de Riesgos del Trabajo, Disposiciones aplicables a la atención de riesgos calificados como cubiertos por el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores, De otros Riesgos Excluidos, De las Sanciones, Disposiciones Finales, así como un acápite de Transitorios.

El documento está construido bajo una línea clara, en el sentido que la administración de los riesgos excluidos no es competencia de la Caja. El resarcimiento económico por el uso de los recursos de los seguros sociales que la Caja destina para la atención de los pacientes que han sufrido accidentes asociados a dichos riesgos, es responsabilidad primaria de las aseguradoras que comercialicen dichas pólizas.

El 20 de junio del 2014, se publicó en Diario oficial La Gaceta, la audiencia para entidades que se pudieran ver afectadas con la emisión del Reglamento.

En oficio GF-13.621 de fecha 01 de junio del 2015, las Gerencia Financiera y Médica, remitieron el reglamento a la Dirección Jurídica, con el fin de contar con un criterio jurídico sobre la propuesta y mediante oficio DJ-3321-2015 de fecha 14 de julio del 2015, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, la Licda. Mariana Ovares Aguilar y la Licda. Mayra Acevedo Matamoros, comunican que el reglamento cumple con los requerimientos contenidos en el acuerdo de Junta Directiva, artículo 6 de la sesión 8728, por lo que la Administración puede continuar con el trámite respectivo de aprobación ante la Junta Directiva.

Mediante DCE-0313-07-2015, la Dirección trasladó el oficio DJ-3321-2015 al Lic. Wven Porras Núñez, con el fin de que proceda con la preparación del caso en los formatos de Junta Directiva.

**b. Conclusión documento “Manual de Normas y Procedimientos de Facturación de Servicios Médicos a Pacientes No asegurados con Capacidad de Pago”:**

La Dirección Financiero Contable, la Dirección de Cobros y la Dirección de Coberturas Especiales elaboraron la propuesta del documento denominado “**Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago**”, contiene el articulado correspondiente a las actividades de facturación, recaudación y cobro de servicios médicos brindados a este tipo de pacientes, y cuyo objetivo principal es propiciar una gestión ordenada y clara para una más efectiva y oportuna recuperación de los costos incurridos en pro de las finanzas institucionales.

Dicha propuesta fue remitido en el oficio DCE-0398-11-2014/DFC-2090-2014/DCO-0977-2014 de fecha 04 de noviembre del 2014 y está en proceso de revisión por la Gerencia Financiera, este se constituye la pieza fundamental de todo el engranaje que conforma el plan integral para el ordenamiento de este proceso, el cual vendrá a ser consolidado una vez que entre en operación el módulo automatizado para el registro, control y cobro de este tipo de atenciones médicas, desarrollo informático que se encuentra en su etapa final de ajustes para su próxima puesta en producción.

**c. Propuesta: “Protocolo para registrar y depurar la base de datos de las Coberturas del Estado”:**

El objetivo principal del “*Protocolo para registrar y depurar la base de datos de las Coberturas del Estado*”, es instaurar el procedimiento y las unidades responsables de ellos, para el cumplimiento del registro y la depuración de la base de datos que contiene los registros de los beneficiarios con cobertura en el Seguro de Salud mediante Leyes, Decretos o normas Especiales y Código de la Niñez y la Adolescencia.

El procedimiento, es de aplicación obligatoria para todas las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, o bien del funcionario(a) encargado(a) de realizar la función de registrar los beneficios derivados de alguna Ley, Decreto o norma Especial. Incluye además, al Área de Coberturas del Estado y la Sub Área de Sistemas de Salud, de la Dirección de Tecnologías de Información.

Actualmente, este documento que se encuentra en etapa de revisión final por la Dirección de Coberturas Especiales.

**d. “Protocolo para la Prestación de Servicios Médicos Asistenciales a Personas Extranjeras con Independencia de su Condición Migratoria”.**

Este protocolo tiene como objetivo, instaurar el procedimiento y las unidades responsables, para el cumplimiento de la atención, ingreso, estabilización, egreso y traslado, así como la facturación y trámites de cobro a la Dirección de Migración y Extranjería, adjunta al Ministerio de Gobernación y Policía como ente regulador en materia migratoria, por las atenciones médicas concedidas a las personas extranjeras con independencia de su condición migratoria (personas extranjeras en condición irregular no aseguradas), que incumplen las condiciones migratorias establecidas en Costa Rica, tanto para el ingreso como su permanencia en el país.

Este procedimiento, es de aplicación para todas las unidades institucionales de la Caja Costarricense de Seguro Social y de los funcionarios competentes, sean estos médicos, administrativos, de enfermería, funcionario de Validación y Facturación de Servicios Médicos entre otros, que participen del ingreso, atención, estabilización, egreso, facturación, cobro y traslado de las personas extranjeras con independencia de su condición migratoria.

En el mes de julio del 2015, se realizó una ampliación del documento, de conformidad con lo indicado en el oficio GF-39.715, en el cual se instruyó a las Direcciones de Cobros y Financiero Contable, que bajo la coordinación de la Dirección de Coberturas Especiales, revisaran e incorporan en el protocolo el procedimiento de cobro por servicios brindados y el establecimiento los controles financieros de los ingresos por el concepto de servicios médicos brindados.

El equipo de trabajo conformado al efecto fue integrado por el Dr. Rodolfo Martínez Jiménez de la Dirección de Red de Servicios de Salud en representación de la Gerencia Médica y los licenciados Juan Alberto Piedra Montero y Eduardo Flores Castro de la Dirección de Coberturas Especiales, Róger Solórzano Alfaro de la Gerencia Financiera, Miguel Mata Calderón de la Dirección Financiero Contable y José Eduardo Rojas López de la Dirección de Cobros.

La versión final del protocolo, fue remitida a la Gerencia Financiera mediante el oficio DCE-0300-07-2015 de fecha 08 de julio del 2015, para su valoración y aprobación de la Gerencia y posterior remisión a la Gerencia Médica.

**e. Revisión y depuración de los registros del Código de la Niñez y la Adolescencia y Otras Leves Especiales.**

En el Informe de Auditoría ASF-032-2014 “*Evaluación deuda del Estado por Ley 7739, Código de la Niñez y la Adolescencia*”, fechado 2 de abril del 2014, en su recomendación N° 2, se establece la conformación de una Comisión de Alto Nivel integrada por representantes de la Dirección de Coberturas Especiales, Gerencia Financiera, Gerencia Médica, Dirección Jurídica y Dirección Actuarial y Económica, con la finalidad de efectuar un análisis de las Leyes y Decretos emitidos por el Poder Legislativo que imponen a la Caja una obligación en materia de salud, preparar y solicitar un criterio jurídico en cuanto a la metodológica de cálculo para el cobro de dichas obligaciones, efectuar un análisis del SIAC con el propósito de verificar la información que están ingresando las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, y corroborar que todos los establecimientos de salud lo estén realizando en la forma que corresponda, entre otros.

Una vez que las Gerencias correspondientes definieron los integrantes del equipo de trabajo, estos iniciaron sus labores conforme a lo solicitado por la Auditoría, siendo que al día de hoy los resultados de dicho grupo se señalan a continuación:

- i. Mediante oficio de fecha 04 de junio del 2015, la citada Comisión remite formalmente a la Dirección de Coberturas Especiales, el documento técnico de consulta que contiene los aspectos que requieren ser definidos jurídicamente para establecer la forma de cálculo de estas obligaciones.

- ii. La Dirección de Coberturas Especiales, mediante oficio DCE-0239-06-2015 de fecha 04 de junio del 2015, trasladó a la Dirección Jurídica el documento indicado para su respectiva revisión y análisis jurídico, en cumplimiento a la recomendación emanada por nuestra Auditoría Interna.
- iii. Se concluyó la revisión y depuración de los registros del Código de la Niñez y la Adolescencia y Otras Leyes contenidos en la base de datos del Seguro por el Estado Módulo SIAC, cifras depuradas desde el 1 de enero del 2008 al 31 de marzo 2015, sobre las cuales deberán recalcularse las sumas por cobrar al Estado por tales conceptos.

Luego del proceso de análisis apuntado, se logró comprobar que muchos de los registros originales que trimestralmente fueron enviados a la Dirección Actuarial hasta el primer trimestre del año 2015 y que sirvieron de base para los cálculos y registros contables que al día de hoy reflejan los Estados Financieros, presentan una serie de debilidades en la información que les restan confiabilidad y solidez para sustentar su cobro ante cualquier instancia, principalmente por tratarse de registros de personas que no pueden ser debidamente identificadas, por lo que se hizo necesario regenerar la información excluyendo dichos registros inconsistentes, obteniendo así datos depurados sobre los cuales puedan ser recalculadas las sumas a cobrar al Estado.

Mediante oficio DCE-0286-07-2015 de fecha 03 de julio 2015, la Dirección de Coberturas Especiales, remite a la Dirección Actuarial y Económica, el resultado del proceso de depuración de los registros correspondientes al Código de la Niñez y la Adolescencia y otras Leyes Especiales, lo cual es el resultado del análisis y depuración efectuado sobre la Base de Datos.

Asimismo, mediante oficio DCE-0372-09-2015 de fecha 03 de setiembre del 2015, se remitió a la Dirección Actuarial, un informe actualizado el cual contiene la aplicación del último criterio de selección y filtración de datos, mediante el cual se logró determinar la cantidad de registros de menores reportados bajo el código 921 niñez y adolescencia, cuyo padre, madre o ambos a la fecha de su inclusión al sistema, ostentaban alguna categoría de aseguramiento con la Institución que otorgara a ese menor la protección en salud bajo la figura del beneficio familiar, y no de una protección especial como la que en el momento se le concedió.

**f. Artículo 6° de la Ley N° 7374, relacionado con el costo de atención de la población indigente.**

Se ha mantenido al día el suministro al FODESAF, de la información que sustenta la facturación por concepto de atención de la población indigente, lo cual incluye la aplicación de los Decretos Ejecutivos 17898-S, 36870-MP-G-MBSF-MTSS y el 37382-

MP-MBSF referentes todos al “Programa de Atención Integral a Familias en Pobreza, Vulnerabilidad y Riesgo Social”, mismo que se representan en el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 1**  
Facturación concepto Atención a indigentes (7374)  
Enero 2014-marzo 2015

Mes	Cantidad	Costo en millones ¢
Enero	149.146	3.300,2
Febrero	152.124	3.360,0
Marzo	152.884	3.376,8
Abril	154.529	3.413,1
Mayo	153.533	3.391,1
Junio	154.086	3.403,3
Julio	153.374	3.530,6
Agosto	154.260	3.550,9
Setiembre	156.715	3.607,5
Octubre	163.027	4.211,3
Noviembre	164.436	4.247,7
Diciembre	160.765	4.152,9
Enero	152.190	4.010,4
Febrero	149.232	3.932,4
Marzo	148.561	3.914,8
<b>Total</b>		<b>55.403,2</b>

**Fuente:** Sistema EDUS/SIAC

**g. Mejoras pertinentes de los procedimientos e implementación de un plan de capacitación que permita desarrollo de las destrezas y conocimientos de los funcionarios de las unidades indicadas.**

**i. Área de Coberturas del Estado:**

Desde el punto de vista de la optimización de los procesos y el fortalecimiento del Control Interno, resulta claro que las mejoras regulatorias y los programas de capacitación a nivel nacional, constituyen un elemento fundamental en esa dirección.

En ese sentido, la Dirección de Coberturas Especiales a través del Área de Coberturas del Estado, ha venido trabajando en la actualización de la normativa relacionada con los procesos del Seguro por el Estado y la población no asegurada.

Es así como en el mes de diciembre 2012, la Gerencia Financiera aprobó el “Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado”, el cual fue refrendado por la Gerencia Médica en agosto del 2013. Por otra parte, en este momento se encuentra en etapa final de revisión para someter a aprobación superior, el “Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago”.

Entre octubre y noviembre del año 2013, se inició un plan de divulgación y capacitación, sobre el Manual citado, con el fin de asegurar una correcta interpretación y aplicación del mismo, por parte de las Unidades de Validación y Facturación de Derechos.

Visto que los programas de capacitación son un proceso que debe ser permanente y sostenible en el tiempo, de manera que se logre tener funcionarios debidamente capacitados y actualizados en los diferentes temas relacionados con el Área de Coberturas del Estado, de agosto 2014 a agosto 2015, se impartieron 25 capacitaciones relativas a las funciones de Validación y Facturación de Servicios Médicos con la diferencia de que no solo fueron dirigidas al personal de Validación sino que se incorporaron todos funcionarios de los Centros de Salud (**674 funcionarios**), relacionados con el proceso de atención a No Asegurados, según el detalle del siguiente cuadro

**Cuadro N° 2**  
Capacitaciones Impartidas-Área Coberturas del Estado  
Agosto 2014 - Agosto 2015

N°	FECHA	LUGAR	TOTAL PARTICIPANTES
1	07/08/2014	Área de Salud Chomes	19
2	08/08/2014	Área de Salud Monteverde	21
3	21/08/2014	Clínica Moreno Cañas	50
4	27/08/2014	Área de Salud los Santos	32
5	03/09/2014	Área de Salud Tilarán	66
6	08/09/2014	Área de San Rafael – Chacarita	13
7	08/09/2014	Área de Salud Esparza	36
8	09/09/2014	Área de Salud Miramar	14
9	10/09/2014	Área de Salud Jacó	11
10	11/09/2014	Área de Salud Parrita	6
11	11/09/2014	Área de Salud Aguirre – Hosp. Max Terán	12
12	30/09/2014	Hospital de Heredia	16
13	01/10/2014	Clínica Marcial Rodríguez	10
14	02/10/2014	Hospital Chacón Paut	63
15	03/10/2014	Dir. Regional de Serv. Médicos Central Norte	25
16	08/10/2014	Área de Salud de Alajuelita	40
17	11/12/2014	Área de Salud de Golfito	76
18	15/04/2015	Área de Salud Jicaral	12
19	16/04/2015	Área de Salud de Cóbano	14
20	17/04/2015	Área de Salud Parrita	13
21	11/05/2015	Área de salud Coronado	4
22	13/05/2015	CAIS Marcial Fallas	7
23	18/06/2015	Área de Salud Limón	52
24	30/06/2015	Dirección de Inspección	47
25	07/08/2015	Funcionarios Acosta, Puriscal, Desamparados, Frailes, Ciudad Colon, Santa Elena, Área de Salud Corralillo y Acosta	15
<b>Total</b>		<b>Funcionarios</b>	<b>674</b>

**Fuente:** Área Coberturas del Estado.

El propósito principal fue concientizar a los funcionarios sobre los alcances, implicaciones, y acciones de coordinación necesarias para desarrollar adecuadamente las funciones de Validación y Facturación por Servicios Médicos.

Por otra parte, en el mes de julio 2015, la Dirección de Coberturas Especiales, en coordinación con el Área de Coberturas del Estado, emiten formalmente un procedimiento técnico que regula el otorgamiento del Seguro por el Estado a toda aquella población en condición de pobreza y pobreza extrema, incluida dentro del Programa Puente al Desarrollo impulsado por el Gobierno de la República.

Previo a ello, el día 29 de junio 2015 se brindó una capacitación por parte del Área de Coberturas del Estado sobre aspectos generales de aseguramiento por el Estado, a todos los Cogestores del IMAS, que forman parte de la Estrategia para la implementación del Programa señalado en el párrafo anterior.

Finalmente, en materia de control y evaluación de la gestión, periódicamente se realizan visitas y actividades dentro de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, con el fin de:

- Verificar la adecuada aplicación de la normativa y procedimientos para la inclusión de registros en el Módulo de Seguro por el Estado SIAC.
- Comprobar si dentro de la base de datos existen inconsistencias tales como: registros repetidos o improcedentes de conformidad con los criterios de selección establecidos.
- Corroborar si la asignación de los códigos de aseguramientos y protecciones, son acordes con la naturaleza de la norma que los ampara.
- Verificar si se registran los costos de las atenciones en los casos de cargos al Estado que así lo requieran.

## **ii. Área Gestión de Riesgos Excluidos:**

Se está ejecutando un programa de capacitación dirigido al personal médico de los establecimientos de salud, tendente a poner en conocimiento la temática de Riesgos Excluidos a efecto de que se mejore la actividad de identificación de los casos por parte de los profesionales en medicina u odontología.

A la fecha se han realizado 24 capacitaciones relativas a las funciones de Riesgos Excluidos, Reforma Artículos 10°-12° y 13° del Reglamento Seguro de Salud y el Sistema MIFRE. En estos talleres han participado un total de 448 funcionarios, como se detalla en el siguiente cuadro N° 3:

**Cuadro N° 3**  
**Total de Capacitación Impartidas-Área Gestión de Riesgos Excluidos**  
**Año 2015**

<b>N°</b>	<b>Fecha</b>	<b>Lugar</b>	<b>Cantidad de Funcionarios</b>	<b>Tema</b>
1	16/02/2015	Sala Reuniones Dirección de Inspección	12	Reforma artículos 10-12 y 13 Reglamento Seguro Salud
2	24/02/2015	CEDESO Inspección	54	Riesgos Excluidos
3	13/03/2015	Hospital Max Peralta	23	Riesgos Excluidos
4	17/03/2015	Región Pacífico Central Área de Salud Parrita	15	Riesgos Excluidos
5	18/03/2015	Región Pacífico Central Auditorio Peninsular	19	Riesgos Excluidos
6	21/04/2015	Asesoría y Gestión Local, desconcentración y Juntas de Salud	4	Riesgos Excluidos
7	30/04/2015	Área Gestión de Riesgos Excluidos al Hospital San Carlos	3	MIFRE
8	06/05/2015	Dirección Regional Serv. Salud Central Norte Consejo Técnico de Coberturas Especiales	11	Coberturas Especiales Riesgos Excluidos
9	12/05/2015	Dirección Regional Servicios de Salud Central Norte a Administradores	30	Riesgos Excluidos-Depuración manuales
10	19/06/2015	Subárea de Gestión Operativa de la Región Norte en Alajuela a Auditoría Interna	4	MIFRE
11	05/06/2015	Área de Salud Alajuelita	4	MIFRE
12	12/06/2015	Hospital México	6	MIFRE
13	19/06/2015	Área de Salud Heredia Cubujuquí	95	Riesgos Excluidos
14	23/06/2015	Hospital Tomás Casas	8	Taller capacitación perfil supervisor
15	24/06/2015	Dirección Regional de Sucursales Brunca	8	Taller capacitación perfil supervisor
16	30/06/2015	Sala Sesiones Deporte y Recreación a Administradores Clínicas Especializadas	8	Riesgos Excluidos
17	07/07/2015	Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Norte San Carlos	10	Taller capacitación perfil supervisor
18	29/07/2015	Área Gestión de Riesgos Excluidos al A.S. San Isidro	3	MIFRE

19	30/07/2015	Área de Salud Osa	26	Riesgos Excluidos
20	31/07/2015	Sala Teleconferencias para San Vito	28	Riesgos Excluidos
21	03/08/2015	Área de Salud Desamparados 1	14	Riesgos Excluidos
22	13/08/2015	Sala Cómputo Hospital Enrique Baltodano Liberia	10	Taller capacitación perfil supervisor
23	14/08/2015	Sala Cómputo Hospital Enrique Baltodano Liberia	12	Taller capacitación perfil supervisor
24	24/08/2015	CENDEISSS Médicos Servicio Social	41	Riesgos Excluidos
<b>Total</b>		<b>Funcionarios</b>	<b>448</b>	

**Fuente** Área Gestión de Riesgos Excluidos.

## **h. RECURSOS HUMANOS**

### **1. Actualización planillas de Recurso Humano, diseño de perfiles y cantidad de funcionarios requeridos en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.**

Mediante el oficio ADAPS-435-2015, suscrito por el Área Diseño, Administración de Puestos y Salarios, comunica lo siguiente:

*“(...) esta Área solicita a la Subárea Diseño, Valoración de Puestos, la atención del acuerdo de Junta Directiva antes indicado, e instruye informar las acciones ejercidas para la atención e implementación del Modelo Organizacional y Funcional del Área Financiero-Contable de los Establecimientos de Salud; desde la perspectiva de estructura de puestos. De esta forma, la Subárea por medio del oficio SDVP-0487-2015 de fecha 14 de abril del 2015, comunican (sic) las acciones realizadas, las cuales seguidamente se señalan:*

- i. Una vez aprobado el “Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero Contable en los Establecimientos de Salud”, por la junta Directiva mediante el artículo 45° de la sesión No. 8484 celebrada el 09 de diciembre de 2010, la Subárea Diseño y Valoración de Puestos procedió a realizar el trabajo de campo para analizar la situación de los funcionarios que se desempeñan en los procesos concernientes a Financiero Contable, con el fin de proponer a las autoridades superiores, perfiles específicos y una plantilla de puestos, para definir su ubicación, de acuerdo con los modelos establecidos por las autoridades superiores.*
- ii. Mediante Resolución No. DAGP-005-2013 del 12 de julio del 2013, la Gerencia Administrativa, la Gerencia Médica y la Dirección Administración y Gestión de Personal aprobaron el Informe No. EDVP-*

006-2013 “Informe Análisis de Perfiles de Puestos de las Unidades Financiero Contable en los Establecimientos de Salud”, donde se estableció la plantilla del grupo ocupacional con sus correspondientes perfiles.

- iii. El 14 de mayo de 2014, en los oficios GA-19572-14, GM-3455-14 de fecha 14 de mayo del 2014, las Gerencias Administrativa Y Médica, hicieron recordatorio a los Directores Médicos y Administradores de los Hospitales y Áreas de Salud, sobre la necesidad de implementar el Modelo Financiero en los Establecimientos de Salud.
- iv. Posteriormente la Junta Directiva de la Institución en el artículo 19° de la sesión N° 8754, celebrada el 4 de diciembre de 2014, en su acuerdo segundo, definió de carácter prioritario la resolución de este asunto, según cita a continuación:

“... en virtud de la implementación efectiva del “Modelo funcional y organizacional del Área Financiero-Contable en los Establecimientos de Salud”, aprobado por la Junta Directiva en diciembre del año 2010, y la creación de los nuevos perfiles ocupaciones de estas unidades, aprobados en la resolución número DAGP-005-2013 del 12 de julio del año 2013, suscrita por la Gerencia Administrativa, Gerencia Médica y Dirección de Administración y Gestión de Personal, instruir a las Gerencias Administrativa, Médica y Financiera, para que coordinen las acciones pertinentes, para que, con carácter prioritario, se lleven a cabo, a través de la modalidad denominada “Estudios Individuales de Puestos”, el análisis y resolución de la situación ocupacional de todos aquellos funcionarios que desempeñan sus labores en los procesos financiero-contables de los establecimientos de salud.

*La Gerencia Financiera, en forma conjunta con la Dirección de Presupuesto debe tomar las previsiones correspondientes, a fin de contar con los recursos presupuestarios necesarios para dar fiel cumplimiento a este acuerdo...*”

- i. Por otra parte, en el oficio GA-21989-15 GF-10617-15 GMD-0028-15 de fecha 09 de enero de 2015, las Gerencias Administrativa, Financiera y Médica, para dar cumplimiento a la directriz de efectuar con carácter prioritario el análisis y resolución de la situación ocupacional de todos aquellos funcionario que desempeñen sus labores en procesos financiero-contables en los establecimientos de salud, según lo aprobado por Junta Directiva, instruyó a los Centros de Salud, efectuar los cambios respectivos, a través de estudios individuales de puestos.
- ii. En esta línea de acción, para instruir a las Oficinas de Recursos Humanos sobre la aplicación del procedimiento a seguir en relación con el tema, en la circula DAGP-0010-2015 de fecha 09 de enero de 2015, la Dirección Administración y Gestión de Personal informó a los Directores Médicos, Administradores y Oficinas de Recursos Humanos, sobre el procedimiento técnico para la elaboración de los estudios individuales de puestos de los funcionarios de las Unidades Financiero Contable en los Establecimientos de

Salud, documento en el cual se plasmó un cronograma para la implementación de estos estudios, con fechas establecidas de recepción y consolidación de información.

A su vez en dicho documento, se anexaron las plantillas y los perfiles correspondientes, para realizar la ubicación del personal, de conformidad con los procesos consignados en la Resolución No. DAGP-005-2013.

- iii. Posteriormente, en la circular ADAPS-086-2015 de fecha 23 de enero de 2015, el Área Diseño, Administración de Puestos y Salarios, comunicó a los Jefes y Encargados de las Oficinas de Recursos Humanos de los Centros de Salud, la información de los salarios asignados para los puestos creados en la Resolución correspondiente a Financiero-Contable.
- iv. En esta línea de acción, debido a las particularidades de la aplicación de los alcances del Modelo Funcional y Organización del Área Financiero Contable en los Establecimientos de Salud, por tratarse de un estudio ocupacional realizado en el nivel central, pero de implementación a través de estudios individuales de puestos, los cuales deben ser realizados por parte de las Oficinas de Recursos Humanos, la Subárea Diseño y Valoración de Puestos efectuó los días 13 y 20 de febrero del 2015, dos sesiones de trabajo con las jefaturas de las Oficinas de Recursos Humanos y los Técnicos de Clasificación, con el fin de comunicarles sobre el origen y la forma de implementación de los estudios individuales de puestos, así como abordar las consultas generadas en relación a este asunto y brindarles para mayor agilidad de la realización de los estudios un machote de informe que contiene los elementos técnicos indispensables que se deben desarrollar en los análisis de la situación de cada plaza adscrita al Área Financiero Contable.
- v. Una vez realizado el ejercicio de acercamiento con las Oficinas de Recursos Humanos descrito, las unidades locales están presentando a la Subárea Diseño y Valoración de Puestos los estudios individuales concernientes a las Unidades Financiero Contable, para que se ejecute por esta dependencia, el proceso de control establecido en el Manual de Procedimiento para el Trámite de Estudios en Materia de Clasificación y Valoración de Puestos y posteriormente, hacer el proceso de consolidación de casos para su respectiva implementación, de acuerdo con lo indicado en el oficio DAGP-0010-2015 de fecha 09 de enero de 2015.

Conforme con lo anteriormente indicado, la Dirección Administración y Gestión de Personal, por medio de sus unidades técnicas Área Diseño, Administración de Puestos y Salarios y la Subárea Diseño y Valoración de Puestos, han realizado las acciones necesarias a fin de implementar el Modelo Funcional y Organizacional de las Áreas Financiero Contables de los Centros de Salud; desde la creación de la planilla ocupacional, la elaboración de los perfiles de puestos, así como en la emisión de lineamientos y el acompañamiento para con las Oficinas de Recursos Humanos, en la implementación de mismo, según las disposiciones de las Autoridades Superiores.”

## **2. Equipo de Trabajo: Análisis de la Necesidad de Recurso Humano Servicios de Validación y Facturación de Servicios Médicos**

Con la finalidad de hacer de su conocimiento las acciones que a la fecha ha realizado en Equipo de trabajo designado para efectuar el Análisis de los Servicios de Validación y Facturación de Servicios Médicos para determinar la necesidad de Recursos Humanos y posibles alternativas para fortalecer los servicios, y el cual tiene por propósito atender el acuerdo tomado por el Consejo Financiero y de Control Presupuestario en el artículo N° 3 de la sesión 227-14, celebrada el 14 de mayo del 2014; y considerando que las acciones desarrolladas responden además a lo requerido por la Junta Directiva en el artículo 7° de la sesión N° 8728, procedemos a realizar una descripción general de las principales gestiones que a la fecha han sido realizadas por la comisión indicada.

Dichas acciones han sido estructuradas en tres grandes etapas que de seguido se describen:

### **ETAPA 1: ACCIONES INTRODUCTORIAS Y DE PLANIFICACION DEL PROYECTO**

Con base en la comunicación recibida por medio de oficio CDCP-0020-14 del 14 de mayo 2014 respecto a lo acordado por el Consejo Financiero y de Control Presupuestario, la Dirección de Coberturas Especiales emitió oficio DCE-223-06-2014 (11/06/2014) suscrito por el Lic. Miguel Cordero García, solicitando al Lic. Ronald Lacayo Monge, Director Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y Lic. Luis Guillermo Abarca Agüero, Director, Dirección Administración y Gestión de Personal (DAGP), designar un funcionario de las respectivas Direcciones, a fin de conformar un equipo técnico que se coordinaría por la Dirección de Coberturas Especiales y en su representación, por la Licda. Damaris Jaén Rodríguez.

El 18 de junio 2014, mediante Memorando enviado por parte del Lic. Ronald Lacayo Monge, se designa a la Licda. Karina Orozco Vargas como representante por parte de la Dirección de SICERE, por otra parte en fecha 24 de junio 2014 el Lic. Guillermo Abarca Agüero designa a la Licda. Jacqueline Quedo Gutiérrez, Jefe Subárea de Planificación de Recursos Humanos, para que integre el Equipo de Trabajo indicado.

De esa forma, se conformó el Equipo de Trabajo con funcionarios de dichas Direcciones, quedando integrado por las siguientes personas: Licda. Damaris Jaen Rodríguez, Jefe Subárea Gestión Administrativa y Logística DCE; Licda. Karina Orozco Vargas, Dirección SICERE y la Licda. Jacqueline Quedo Gutiérrez, Jefe Subárea de Planificación de Recursos Humanos.

De manera adicional, se ha contado con la colaboración de los funcionarios Licda. Solange Wilshire González, Licda. Viannela Jiménez Jiménez y Lic. Jeffry Monge Salmerón en las diversas sesiones, asimismo, en trabajos extraordinarios que han permitido avanzar con las actividades requeridas.

Las acciones del Equipo de Trabajo para el año 2014, se desarrolló mediante 12 sesiones de trabajo ordinarias y en lo que va del año 2015 se han logrado efectuar 3 sesiones ordinarias cuya coordinación estuvo gestionada por la Licda. Damaris Jaén.

A continuación se resumen las acciones que correspondientes a la etapa de planificación del proyecto que a la fecha se han logrado concretar:

- Definición de Metodología, incluido dentro de este un Plan de Trabajo. Se definió la metodología de trabajo a seguir, incorporando para ello el planteamiento de un Plan de Trabajo que incorpora las actividades a desarrollar, tiempos y responsables, según dicho plan la finalización de esta labor estaba prevista para finales de marzo 2015, sin embargo por algunos contratiempos relacionados a la coordinación y cumplimiento de actividades propias de las unidades que desarrollan esta tarea se ha presentado un rezago en los plazos.
- Sesiones de Trabajo. El Equipo de Trabajo inicialmente acordó sesionar al menos cada dos semanas, planificando la atención de las tareas bajo esta premisa, esto con el fin de avanzar en el proceso de trabajo encomendado. Además, se consideró la necesidad de convocar en las primeras reuniones, a los diferentes actores involucrados tanto en la rectoría como en el ejercicio de la “Validación y Facturación de Servicios Médicos”, tales como: Área Coberturas del Estado, Área de Riesgos Excluidos, Subárea Planificación de Recursos Humanos, Dirección SICERE y Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, entre otros, para conocer con mayor detalle la funcionalidad operativa de esas Unidades.
- Solicitud de ampliación del plazo establecido inicialmente. El Equipo de Trabajo consideró necesario solicitar una ampliación al plazo definido por el Consejo Financiero en el Acuerdo para la atención del análisis y estudio solicitado, considerando que en un mes otorgado inicialmente, no se lograría abarcar todos los elementos que permitieran una valoración completa de la situación que acontece. Esta acción se concretó con el envío del oficio DCE-248-07-2014 del 04 de julio 2014 dirigido a dicha Gerencia.
- Recopilación de la normativa y documentación existente en materia de Validación y Facturación de Servicios Médicos. Se procedió a realizar recopilación y análisis de la normativa, documentación e información relevante sobre el tema, con el fin de estudiarla y conocer la base actual que sustenta la función de las unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos en la Institución, de manera que fuera posible disponer de insumos para la definición y planteamiento de posibles indicadores, así como aspectos relevantes para la atención de los solicitado por Consejo Financiero y de Control Presupuestario.
- Introducción al tema en estudio. Esta estuvo a cargo del Lic. Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, quien planteó la necesidad de considerar el rumbo del abordaje requerido para resolver la disposición emitida por parte del Consejo Financiero y Control de Presupuesto, brindando una explicación general sobre el proceso de reacomodo que se realiza a nivel institucional con respecto a temas relacionados con los Riesgos Excluidos y No Asegurados, lo cual hace necesario el estudio de este tipo de unidades, en vista de la diversidad de actividades que efectúan, así como los diferentes perfiles de quienes colaboran en estas unidades; asimismo, destacando lo señalado por el Lic. Gustavo Picado, Gerente Financiero, con respecto al ordenamiento que debe realizarse a nivel de unidades de validación.

- Presentación del Estudio de Necesidades de Recursos Humanos de las Oficinas de Validación de Derechos. El Equipo de Trabajo conoció el Estudio Técnico de Investigación de la Situación de las Unidades de Validación al 2010, realizado por la Subárea de Planificación de Recursos Humanos de la Dirección Administración y Gestión de Personal, y presentado por las funcionarias Licda. Viannella Jiménez J., Licda. Lisbeth Balladares Mercado y la Licda. Solange Wilshire G.
- Presentación sobre la normativa y herramientas utilizadas en la Validación y Facturación de Servicios Médicos. El Equipo de Trabajo recibió asesoría brindada por los funcionarios Lic. Juan Alberto Piedra Montero, Asesor Legal de la DCE, Ing. Junior Solís Alvarado, funcionario Área Gestión Riesgos Excluidos y Mba. Eduardo Flores Castro, Jefe Área Coberturas del Estado, quienes brindaron una explicación amplia sobre la temática general que cubre a las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos: 1) Herramienta MIFRE, 2) Seguro por el Estado, 3) Cobro y facturación de servicios médicos y 4) Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación y Recaudación de Servicios de Salud a Personas no Aseguradas con Capacidad de Pago, lo cual permite obtener un enfoque actualizado de los ajustes más recientes realizados a la operativa de dichas unidades.
- Exposición sobre “Medios Alternativos para la Comprobación de Derechos”. La Licda. Karina Orozco, funcionaria de la Dirección SICERE, realiza la exposición sobre el tema de la orden patronal en línea denominada “Medios Alternativos para la Comprobación de Derechos”.
- Presentación del Diagnóstico de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur. El Lic. Mauricio Porras Solano, realizó una exposición del trabajo realizado por la Dirección Regional Servicios de Salud Central Sur, el cual fue denominado “Diagnóstico Situacional Oficinas de Validación de Derechos”, señalando que la metodología utilizada, principalmente estuvo basada en un trabajo de campo realizado en cada Área de Salud adscrita a esa Dirección, lo que permitió conocer de primera mano la forma en que los funcionarios realizan la labor de Validación y Facturación, así como las cargas de trabajo adicionales, horarios y experiencias a las cuales se deben enfrentar a diario.

## **ETAPA II: DESARROLLO Y CONSTRUCCION DE LA HERRAMIENTA PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN EN LAS UNIDADES DE VALIDACIÓN Y FACTURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS**

- Análisis de indicadores a incorporar en la Herramienta para la recopilación de información en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos. Para iniciar con la definición de los indicadores requeridos para el estudio, el Equipo de Trabajo se efectuaron varias sesiones de trabajo con los señores MBa. Eduardo Flores, Jefe Área Coberturas del Estado y Lic. Wven Porras Núñez, Jefe Área Gestión Riesgos Excluidos, quienes ofrecieron una perspectiva amplia de la gestión que ejercen las unidades representadas, sobre los principales puntos y aspectos que deben destacarse para el presente estudio. Posteriormente, se recibieron vía correo electrónico una serie de

indicadores y observaciones referentes a este tema y los cuales fueron analizados para su incorporación al instrumento de recopilación de datos sobre las Unidades de Validación y Facturación de Servicios médicos.

- Definición de variables. El planteamiento de las variables, se realizó utilizando como base la estructuración del trabajo investigativo realizado en el período 2010 por la Subárea de Planificación de Recursos Humanos, incorporando además, los aportes brindados por el Área Gestión de Riesgos Excluidos y Área Coberturas del Estado, rectoras en este tema, así como el análisis y cada una de las observaciones recibidas de funcionarios involucrados y a quienes se les ha participado en la propuesta.
- Construcción de la Herramienta. Esta tarea la realizó la Subárea de Gestión Administrativa y Logística (DCE) en conjunto con la Subárea de Planificación de Recursos Humanos (DGAP), en tres sesiones de trabajo extraordinarias que permitieron el desarrollo de la versión preliminar de la Herramienta.
- Presentación versión preliminar de la Herramienta. Se concretó una reunión con funcionarios del Área de Coberturas del Estado, rectora en la materia, a fin de aclarar algunos aspectos referentes al apartado de indicadores de productividad dentro del instrumento de recopilación de información. Como resultado de esta reunión, se obtuvo un resumen de observaciones que el Equipo de Trabajo se permitió analizar y aplicar el ajuste en la herramienta en estos puntos específicos.
- Revisión de la Herramienta por parte del Equipo de Trabajo. El Equipo de Trabajo, realizó de manera conjunta una revisión de la herramienta, con el propósito de discutir todas las posibles observaciones que los miembros pudieran tener para ser incorporados al instrumento.
- Revisión última versión de la herramienta. La última versión de la Herramienta fue sometida a una revisión preliminar por parte de funcionarios del Área Gestión de Riesgos Excluidos y Área Coberturas del Estado, que tienen relación directa con las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, a fin de que presenten las observaciones y modificaciones que consideren sobre la misma.
- Pruebas de aplicación de la Herramienta. Está en proceso la programación de las pruebas de aplicación a realizar directamente en las Unidades de Validación y Facturación de algunas Áreas de Salud, y posteriormente hacer los ajustes que resulten de estas pruebas para culminar con la elaboración de la Herramienta.
- Incorporación de un Instrumentos adicional a la Herramienta: durante la tercer y cuarta sesión de trabajo del año 2015 a nivel de comisión se concertó, sobre la posibilidad de incorporar un instrumento que permita recopilar la información general de los diferentes centros de salud, de manera que la recopilación, consolidación y análisis de la información pudiera ser más expedito y eficiente, además facilitar el manejo de los datos a los funcionarios encargados de la atención y llenado de la herramienta de recopilación de datos.

Dicha adición se pretende realizar mediante la utilización de un formulario mediante la aplicación de GOOGLE DRIVE, es importante indicar que por la complejidad existente en algunos de los datos que se requieren no es posible efectuar la aplicación de total del instrumento mediante este aplicativo, por lo que se valora únicamente algunos de los datos manteniendo. Actualmente esta tarea se encuentra en proceso de construcción y valoración para determinar su factibilidad.

### **ETAPA III: APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA**

Esta labor actualmente se encuentra en ejecución, sin embargo en las últimas sesiones ordinarias de trabajo realizadas durante el año 2015, se ha trabajado en el análisis procedimental y metodológico que será empleado para la aplicación del instrumento desarrollado por este equipo de trabajo. Dentro de las principales actividades que han sido analizadas en esta etapa destacan:

- Elaboración del Instructivo para la utilización y aplicación de la Herramienta para la recopilación de datos de Inventario de Recurso y Productividad. Esta tarea a la fecha se encuentra en proceso y se está pendiente de concretar sin embargo, el propósito de este instructivo es proveer de una guía y medio de consulta e instrucción que facilite a los funcionarios el llenado de la herramienta y además le permita proveer de una información adecuada y según los requerimientos para concretar la tarea asignada por parte del Consejo Financiero y de Control Presupuestario.
- Difusión y comunicación a los Centros de Salud sobre la herramienta, así como del instructivo que será empleado en el proceso de recopilación de datos. Para el año 2015 el equipo de trabajo ha analizado este tema en lo que respecta a los medios y forma que será informado a los diferentes centros de salud, sobre el proceso de recopilación de información y aplicación del instrumento. Además, dar a conocer el instructivo que facilitará la aplicación y llenado de datos. Resta por definir, pero se considera la posibilidad de utilizar la Video conferencia como una alternativa válida y con gran penetración a nivel nacional para difundir los aspectos de importancia en este proceso.
- Establecimiento de la Distribución Regional en que será aplicada la Herramienta. Esta tarea se encuentra pendiente de definir; no obstante, a la fecha se han realizado valoraciones preliminares, sobre la forma y unidades a las cuales les será aplicado el instrumento de recopilación de información, buscando con ello realizar una labor ordenada y con un mayor aprovechamiento de los recursos institucionales, logrando el objetivo que plantea este equipo de trabajo.

#### **i. SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

##### **1. Mejoras tecnológicas en el Módulo de Seguro por Cuenta del Estado del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC).**

Permanentemente, la Dirección de Coberturas Especiales a través del Área de Coberturas del Estado, ha mantenido una estrecha coordinación con la Subárea de Información en Salud, con el propósito de analizar las funcionalidades del módulo del Seguro por el Estado, e implementar

aquellas acciones de mejora que sean requeridas para lograr un funcionamiento del mismo acorde con las necesidades institucionales.

En ese sentido, a julio del 2015, el Área de Coberturas del Estado ha definido, elaborado y presentado formalmente ante dicha Subárea, un total de 21 requerimientos de mejora o adición al sistema, tendentes a optimizar la calidad de la información de los registros contenidos en la base de datos del Seguro por el Estado. En el cuadro N° 4 se puede observar el detalle de dichos requerimientos, mismos que se encuentran en proceso de valoración para su atención por parte del Comité de Usuarios Expertos del SIAC.

**Cuadro N° 4**  
**Listado Solicitudes de Requerimientos al SIAC, efectuados por el Área**  
**Coberturas Especiales a la Subárea Sistemas de Salud.**

N°	Fecha de solicitud	N° de Oficio	Descripción de Requerimiento
1	21/02/2011	ACE-031-2011 Lic. Leslie Vargas Vásquez	Solicitud de modificaciones al Módulo Seguro por el Estado, para incorporar las siguientes salidas al Sistema: 1.-Caso de fallecimiento. 2.-Cuando la persona se registra en el SICERE como asegurada contributiva. 3.-Cuando la persona es beneficiaria del Régimen no contributivo. 4.-Cuando la persona tiene un aseguramiento por beneficio familiar. 5.-Cuando por alguna circunstancia se da de baja a alguna persona.
2	28/01/2013	ACE-016-01-2013 Remitido a Ing. José Alberto Herrera Alfaro	De acuerdo con la reunión del 24 de enero de 2013, se solicita como primer punto, suspender aquellos beneficiarios del Seguro por el Estado que aparecen con otras modalidades. Se acuerda también poner en producción los siguientes cuadros estadísticos: a. Cuadro 17 Reporte Mensual de Adscripciones de las Coberturas del Estado. b. Cuadro 18 Reporte Mensual de Adscripciones Acumuladas de las Coberturas del Estado. c. Cuadro 19 Adscripciones acumuladas según Código de Aseguramiento. d. Cuadro 20 Adscripciones acumuladas según Código de Aseguramiento. Establecimiento de Salud: Todos los Centros de Salud. e. Código 21 Aseguramiento por el Estado Tramitados, según Centro de Salud y Dirección Regional.

N°	Fecha de solicitud	N° de Oficio	Descripción de Requerimiento
			<p>f. Cuadro 22 Cobertura del Estado según Norma Aplicada, Por Dirección Regional y Centro de Salud.</p> <p>g. Establecimiento de Salud: Todos los Centros de Salud.</p>
3	30/04/2013	ACE-089-04-2013 Remitido a Leslie Vargas Vásquez	<p>Solicitud del requerimiento: Reporte de coberturas por ubicación Geográfica.</p> <p>Contar con información demográfica distribuida geográficamente por género y tipo de población con el propósito de conocer las características de los beneficiarios.</p>
4	14/06/2013	ACE-113-06-2013 Remitido a Ing. José A. Herrera Alfaro y Leslie Vargas	<p>Solicitud de Requerimiento al Sistema Centralizado de Recuperación, (SICERE), para que valide la condición de Aseguramiento de las personas: asalariadas, trabajador independiente y trabajador voluntario previo a registrar en el Módulo Seguro por el Estado del SIAC.</p>
5	28/06/2013	ACE-125-06-2013 Remitido a Lic. Leslie Vargas Vásquez.	<p>Solicitud de reportes de coberturas por ubicación geográfica y menores de edad. (29-04-12)</p>
6	28/06/2013	ACE-125-06-2013 Remitido a Lic. Leslie Vargas Vásquez.	<p>Reportes de menores de edad Asegurados Por El Estado(29-04-12)</p>
7	19/07/ 2013	ACE-135-07-2013, Ing. José Herrera Alfaro,	<p>Solicitud de requerimiento de inactivar la Ley 7935, ley Integral a la persona Adulta Mayor.</p> <p>Cambiar el nombre en el sistema Aseguramiento por el Estado Leyes Especiales del Código 921, por “Menores de Edad identificados Asegurados por el Estado”.</p> <p>Bajo esta denominación de aseguramiento solo deben quedar registros activos los menores de edad identificados, cuyos padres no estén obligados a contribuir a los seguros sociales y que por razones particulares el núcleo familiar al que pertenece ese menor no puede optar por un Seguro por el Estado.</p> <p>Que en el caso de 921 valide que se le de ese código a menor de 18 años sea hombre o mujer identificado.</p> <p>Excluir del 921 aquellos casos que se ingresen por la aplicación de la ley 8612 7735.</p>

N°	Fecha de solicitud	N° de Oficio	Descripción de Requerimiento
8	03 /09/2013	ACE-153-09-2013 Remitido a Ing. José A. Herrera Alfaro y Leslie Vargas	Solicitud requerimientos en el módulo SXE, incorporación del nuevo instrumento para la calificación del beneficio, provisional, definitivo, renovación y anulación del SXE. Autorizar el diseño del nuevo instrumento socioeconómico del beneficio provisional. Definitivo, renovación, y anulación para el Seguro por el Estado, en el Modulo Seguro por el Estado del SIAC., cargando automáticamente aquellas variables que ya estén diseñadas en el sistema y diseñar el mismo lo más parecido al formulario, crear catálogo con selección múltiple en algunas variables, realizar cruces entre variables dando los valores finales
9	03/09/ 2013	ACE- 154-09-2013. Ing. José Alberto Herrera Alfaro	Comparación de las tablas de “adscripciones” con “atenciones” de la base de datos del SIAC. Determinar cuántas intenciones ha recibido un usuario adscrito bajo la modalidad de aseguramiento. No Asegurados (cod.000), a los cuales se les ha brindado una atención con cargo al Estado.
10	06/11/2013	ACE-201 11-2013 Remitido a Leslie Vargas Vásquez	Actualización automática de los seguros por el Estado contra los padrones de asalariados, trabajadores independientes, trabajadores voluntarios, fallecidos, pensionados IVM, otros regímenes y el Régimen no contributivo
11	08/11/ 2013	ACE-202-11-2013 Remitido a Leslie Vargas	Requerimiento de exclusión de los registros de las Leyes Especiales y otras Leyes. Específicamente en el sistema Aseguramiento por el Estado Leyes Especiales del Código 921, a los mayores de edad y los registros de personas cubiertas por leyes 7735 y 8612 dejando únicamente a los “Menores de Edad identificados Asegurados por el Estado”.
12	11/11/ 2013	ACE-205-11-2013 Remitido a Leslie Vargas	Identificación de la Ley aplicada en las adscripciones del SIAC.
13	04 /12/2013	ACE-221-12-2013 Remitido a Ing. José A. Herrera Alfaro	Variable “Monto facturado” sea de registro obligatorio.
14	04/12/ 2013	ACE-222-12-2013 Remitido a Ing. José A. Herrera Alfaro y Leslie Vargas	Autorizar la flexibilidad de excluir e incluir nombres de las personas responsables de cada Área de Salud, que otorgaron y otorgan el beneficio del Aseguramiento y Protecciones con Cargo al Estado, específicamente en la parte de la Aprobación del Establecimiento, del Modula seguro por el Estado del

N°	Fecha de solicitud	N° de Oficio	Descripción de Requerimiento
			<p>Sistema Integrado de Agendas y citas. SIAC.            Qué el modulo Seguro por el Estado del Sistema SIAC, permita excluir e incluir el nombre de las personas responsables de cada área de Salud, que otorgaron y otorgan el beneficio del Aseguramiento y Protecciones con Cargo al Estado, específicamente en la parte de la Aprobación del Establecimiento, del Módulo Seguro por el Estado del Sistema Integrado de Agendas y Citas SIAC.</p>
15	05-06-2014	ACE-116-06-2014 MBA. Laura Blanco Mejía	<p>Autorizar el requerimiento Reporte de las atenciones con cargo al Estado. El nombre del requerimiento es ” “Reporte de las atenciones que se brindan por la aplicación de las diferentes leyes que el estado ha emitido en beneficio de una población específica”.</p>
16	25/06/2014	ACE 116-06-2014 Master Laura Blanco Mejía	<p>Reporte de las atenciones con cargo al estado. Ya que la Dirección jurídica emitió el criterio de que las atención prestadas bajo la aplicación del art. 74 deben ser cobradas por el costo de la atención. Esta información es base para sustentar la factura al estado.</p>
17	21-07-2014	ACE 182-08-2014. A Miguel Cordero García, y Manfred Sanabria Ávila	<p>Generación de archivos de asegurados por el Estado para la suspensión del Asegurado voluntario.</p>
18	20-08-2014	ACE-182-08-2014	<p>Generación de archivos de asegurados por el Estado para la suspensión del Asegurado Voluntario.            El requerimiento se necesita para suspender o excluir los asegurados voluntarios que se acogen al SXE.. esto con el fin de evitar la facturación impropcedente de recibos o reducir la cantidad de trámites administrativos que se generan para brindar en la actualidad el servicio a los usuarios.</p>
19	02-03-2015	ACE 034-03-2015 Leslie Vargas	<p>Solicitud información para conocer la situación de varios requerimientos presentados por esta área de trabajo durante el 2013.</p>
20	05-05-2015	ACE-093-05-2015	<p>Solicitud de Validación aplicación del código 531-532-533-, Validación General a las Protecciones con cargo al Estado Validación Ley 7739-Validacion aplicación del código 511.</p>
21	17-06-2015	ACE 127-06-2015	<p>Reporte Nacional de Adscripciones de las coberturas del Estado.</p>

**Fuente:** Información proporcionada por el Área Coberturas del Estado.

Adicionalmente, se trabaja en otros 22 requerimientos que sobre la misma línea de mejoramiento del sistema, se estima se estarían enviando oficialmente a la Subárea de Información en Salud, en muy corto plazo.

Así las cosas, se observa que el tema del mejoramiento del Módulo de Asegurados por el Estado del SIAC, es un proceso permanente que se ha venido abortando de forma gradual por parte del Área de Coberturas del Estado en coordinación con las instancias técnicas correspondientes, y se continuará trabajando en el futuro con el fin de lograr un sistema más estable, confiable y oportuno, como apoyo a la gestión del Área de Coberturas del Estado y de las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

## **2. Sistema “Facturación de Servicios Médicos a Pacientes No Asegurados con Capacidad de Pago”.**

En noviembre 2014, se sube a producción el Módulo de Información “Facturación de Servicios Médicos a Pacientes No Asegurados con capacidad de pago”, con el cual se busca la sistematización, ordenamiento y estandarización de los procesos de facturación y control de los servicios médicos prestados a pacientes No Asegurados con capacidad de pago.

Este módulo que podrá ser utilizado una vez que se apruebe el “Manual de Normas y Procedimientos para la Facturación, Cobro y Recaudación de Servicios de Salud a Personas No Aseguradas con Capacidad de Pago”, propuesta elevada para su análisis, revisión y aprobación a la Gerencia Financiera, mediante el oficio conjunto DCE-0398-11-2014/DFC-2090-2014/DCO-0977-2014 de fecha 04 de noviembre del 2014.

Como parte de los beneficios esperados con la implementación de este manual y del sistema, se mencionan los siguientes:

- Fortalecimiento de la cobertura contributiva.
- Mejoramiento en la recuperación de los recursos económicos.
- Sensibilización a la población no asegurada en la obligatoriedad del aseguramiento.
- Agilización y ordenamiento del trámite comprobación de derechos y facturación de los servicios médicos.
- Normalización y estandarización de los procesos de comprobación de derechos y facturación de los servicios médicos.
- Información veraz para la toma de decisiones.
- Capacitación del recurso humano en materia de aseguramiento, facturación y cobro.

## **3. Módulo de Validación de Derechos en Línea**

El 20 de marzo de 2014 mediante oficio GF-22.509 | GM-2791-14, la Dirección de Coberturas Especiales, con el apoyo técnico del Área de Coberturas del Estado y en estrecha coordinación con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, impulsaron y desarrollaron un aplicativo denominado “Módulo de Validación de Derechos en Línea”, el cual tiene como objetivo validar el derecho de los asegurados por medio de una plataforma web, que puede ser utilizada desde cualquier navegador o dispositivo móvil con acceso a internet.

Dicha herramienta fue puesta en producción a desde el 25 de febrero del año en curso, y la misma puede ser consultada por usuarios de la Institución, tanto internos como externos, a su vez posibilita a los mismos asegurados consultar -desde cualquier dispositivo o computador con acceso a internet, si se encuentran reportados por sus respectivos patronos ante la Caja, sin tener que desplazarse a ninguna sucursal o dependencia de la Institución para realizar dicho trámite.

El “Módulo de Validación de Derechos en Línea” viene a cambiar radicalmente y de forma innovadora la verificación de la condición de aseguramiento, pues cualquier funcionario de la institución podrá corroborar la misma.

Asimismo, con este desarrollo se estaría simplificando la tramitología y facilitando a nuestros usuarios el acceso ordenado y controlado a los servicios de salud, cumpliendo así con la normativa establecida en diferentes Leyes y recomendaciones de órganos fiscalizadores, entre los que se pueden citar:

- Ley No.8220 “Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites”.
- Artículo 74 del Reglamento del Seguro de Salud “Agilización de la validación de derechos para la atención en los servicios de salud”.
- Informes de Auditoría SATIC-12-451-01-2013 y ATIC-451-2012 referentes a “Evaluación de los Sistemas que Automatizan la Gestión de Validación y Facturación de Servicios Médicos a Nivel Institucional”.

Como parte de las mejoras a este aplicativo, posteriormente a su implementación, se han realizado modificaciones en materia de Seguro Voluntario y en coordinación con la Dirección de Cobros, alguno de estos requerimientos fue para el reconocimiento de aquellos patronos que cuentan con medidas cautelares.

#### **4. Requerimiento automatización “Proceso de Cobro de las Facturas Generadas por Atenciones de Riesgos Excluidos y No Asegurados”.**

En mes de agosto 2015, se dio inicio a la primera fase para precisar el detalle de las actividades que los usuarios deben automatizar, como parte del requerimiento que permitirá la mejorar el proceso de cobro de las facturas generadas por atenciones de Riesgos Excluidos y No Asegurados y según el procedimiento que la Dirección de Tecnologías de Información definió para este fin.

#### **j. CONTROL Y EVALUACIÓN**

##### **Evaluación sobre aplicación del “Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado”.**

En cumplimiento de lo establecido en el PAO 2014-2015, en el mes de junio se concluyó el primer borrador del proyecto de evaluación a 18 establecimientos de salud a nivel nacional en lo que respecta a la aplicación de normas y procedimientos establecidos en el Manual de Normas y Procedimientos del Seguro por el Estado divulgado entre setiembre y noviembre del 2013, misma que está programada para el segundo semestre del 2015.

### k. DIVULGACIÓN Y COMUNICACIÓN

Mediante el oficio DCO-319-2015 de fecha 15 de julio del 2015, el Lic. José Luis Valverde Morales, Director de Comunicación Organizacional, comunicó a la Gerencia Administrativa y a su vez está a la Gerencia Financiera, las acciones ejercidas para atender según su ámbito de competencia, lo contemplado en la política con respecto a la estrategia de divulgación y comunicación, las cuales se detallan a continuación:

#### Comunicados de Prensa:

- CCSS aprobó modificaciones en la protección del Beneficio Familiar del Seguro Salud, del 09 de octubre de 2014.
- CCSS comenzó a aplicar las reformas del Beneficio Familiar, del 13 de noviembre de 2014.
- CCSS no discrimina aseguramiento por razones de género, del 05 de noviembre del 2014.
- Actividades Taurinas deben contar con póliza para proteger a toreros”, del 16 de diciembre del 2014.

#### Programas Radiales y Videoconferencias:

**Cuadro N° 5**  
**Programas Radiales y Videoconferencias**

Fecha	Tema	Medio utilizado
05 mayo del 2015	Seguro por el Estado	Programa Salud para todos, Radio Columbia
Del 8 al 13 del junio 2015	Protecciones a Cargo del Estado	Programa Radial , 5 minutos por su Salud
17 de junio del 2015	Seguro por el Estado (40 sitios conectados y 91 participantes por video streaming).	Videoconferencia
5 y 12 de agosto del 2015	Seguro por el Estado – Código Niñez y Adolescencia	Canal TVEXTRA 42 Programa “Para Vivir Mejor” de 9:30 a 10:00 am

**Fuente:** Dirección de Comunicación Organizacional y Área Coberturas del Estado”,

habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del Director de Coberturas Especiales, licenciado Miguel Cordero García, así como de la información contenida en la mencionada nota número GF-40.508-2015 y el oficio número DCE-0371-09-2015 del 08 de setiembre del año 2015 emitido por el Director de Coberturas Especiales., la Junta Directiva –en forma unánime-  
**ACUERDA:**

**ACUERDO PRIMERO:** dar por conocido el informe denominado “*Informe Implementación de la Política Integral de Riesgos Excluidos y Coberturas Especiales*” y dar por atendido lo contenido en el artículo 1° de la sesión 8584 del 11 de junio del 2011, artículo 25 de la sesión 8625 del 28 de febrero del 2013, artículo 9 de la sesión 8670 del 17 de octubre del 2013 y el artículo 7° de la sesión 8728 del 07 de agosto del 2014.

**ACUERDO SEGUNDO:** solicitar a las Dirección de Coberturas Especiales que continúe con las acciones para la implementación de la citada Política, particularmente, en lo que corresponde a los temas de evaluación y control.

### **ARTICULO 29°**

**Se toma nota** de que se reprograma, para la sesión del 29 de octubre en curso, la presentación Del oficio N° GF-12.076-15, de fecha 8 de octubre del año 2015, que suscribe el Gerente Financiero, que contiene el informe de inspección relacionado con la situación de los Agentes de Seguros (INS).

Se retiran del salón de sesiones los licenciados Picado Chacón, Cordero García y Porras Núñez, y la doctora Vásquez Umaña.

### **ARTICULO 30°**

Se tiene a la vista la consulta relacionada con el *Expediente N° 19.245, texto sustitutivo Proyecto ley para mejorar la lucha contra el fraude fiscal*, que se traslada a la Junta Directiva la nota del 28 de setiembre del año en curso, número PE.47.674-15, firmada por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 25 de setiembre del presente año en curso, que suscribe la licenciada Noemy Gutiérrez Medina, de la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa.

Se distribuye el criterio de la Gerencia Financiera, contenido en el oficio número GF-40.872-15 de fecha 20 de octubre del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“El presente documento contiene el criterio de la Gerencia Financiera, en relación con el texto sustitutivo del proyecto de ley denominado “*Ley para mejorar la lucha contra el fraude fiscal*” y tramitado bajo el expediente N° 19.245.

## **I. ANTECEDENTES**

- a) En La Gaceta N° 153 del 11 de agosto de 2014, la Asamblea Legislativa publica el proyecto de ley citado.
- b) Mediante oficio sin número del 25 de setiembre de 2015, la Licda. Noemy Gutiérrez Medina, Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa, consulta el proyecto a la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante CAJA).

- c) Por oficio JD-PL-0052-15 del 28 de setiembre de 2015, la Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva, solicita a la Gerencia Financiera, emitir criterio al respecto.

## II. RESUMEN DEL PROYECTO

En la exposición de motivos del citado proyecto de ley, se indica que en estudios recientes del Ministerio de Hacienda ubican el incumplimiento tributario, entendido este como la suma de la evasión y la elusión de impuestos, en un 7,75% del PIB para el año 2012, lo que revela que en el sistema tributario, los recursos que no se recaudan por acción del contribuyente son casi el 60% de los impuestos efectivamente recaudados y si a esto se le suman los recursos no recaudados por exoneraciones en los principales impuestos, en general se deja de percibir un monto mayor al que efectivamente se recauda en tributos.

Se agrega, que el combate a la evasión es un imperativo que requiere de los medios legales, reglamentarios, informáticos y de gestión, necesarios para atender un problema que por análisis recientes resulta ser mayor a lo inicialmente estimado.

Asimismo, se indica que con motivo de la reforma introducida al Código Tributario, por la Ley de Fortalecimiento de la Gestión Tributaria, N.º 9069, de 10 de setiembre de 2012, se reformaron los artículos 82 y 83, los cuales establecen la sanción por resistencia a las actuaciones administrativas de control e incumplimiento en el suministro de información, respectivamente.

De igual manera, que dichas sanciones equivalen a una multa pecuniaria proporcional del dos por ciento (2%) de la cifra de los ingresos brutos del sujeto infractor, en el período del impuesto sobre las utilidades, anterior a aquel en que se produjo la infracción, con un mínimo de diez salarios base y un máximo de cien salarios base.

No obstante, lo que se propone con esta reforma es ajustar el mínimo de la sanción para que sea de tres salarios base en lugar de diez salarios base. Además se incluye en el artículo 82 los casos en que el sujeto pasivo puede ser sancionado cuando incumpla parcialmente con el requerimiento información, o bien entregar la información cuando no corresponde con lo solicitado.

Por su parte, en el artículo 83 se agrega que en los casos en que no se conozca el importe de los ingresos brutos, se impondrá el mínimo de tres salarios base. Asimismo, en los casos de incumplimiento parcial, se aplicará una sanción de una multa de tres salarios base y en caso de reincidencia en el no suministro de información se aplicará la sanción que se establece en el párrafo primero de este artículo.

De igual manera con la Ley para el Cumplimiento del Estándar de Transparencia Fiscal N.º 9068, de 10 de setiembre de 2012, se crea el artículo 106 ter inciso 4), estableciendo una sanción para las entidades financieras que incumplan con el suministro de información que equivale a una multa pecuniaria proporcional del dos por ciento (2%) de la cifra de ingresos brutos del sujeto infractor, con un mínimo de diez salarios y un máximo de cien salarios base. Siendo así, se considera necesario uniformar esta sanción para que el mínimo de la sanción sea de tres salarios base y no de diez salarios base como se dispone en este artículo.

Se adiciona además, un inciso al artículo 106 ter para que se exceptúe del procedimiento establecido en este artículo, toda aquella información que se relacione con los avalúos y peritajes que las entidades financieras deban realizar para autorizar préstamos a sus clientes. En estos casos se considera que esta información es previsiblemente pertinente para efectos tributarios.

Asimismo, se propone reformar el inciso e) del artículo 130 del citado Código, el cual reconoce el derecho que tienen los sujetos pasivos de corregir sus declaraciones autoliquidaciones, mediante declaraciones rectificativas posteriores. Con esta reforma se propone que no procede presentar declaraciones rectificativas, después de notificado el inicio de un procedimiento de control tendente a generar tanto en una liquidación previa como una definitiva. No obstante, en ambos procedimientos el sujeto pasivo podrá plantear a partir de la notificación del inicio de la actuación de comprobación del cumplimiento material de las obligaciones tributarias y hasta la finalización del procedimiento una petición de rectificación sujeta a la aprobación por parte de los órganos actuantes de la Administración Tributaria. La anterior reforma se debe a que el inciso e) actual, solo se refiere al inicio de un procedimiento fiscalizador tendente a liquidar definitivamente la obligación tributaria, no incluyéndose el procedimiento de liquidación previa, lo cual puede afectar los planes de control de masividad.

Además, se propone reformar el artículo 149 del Código, para que las Direcciones Técnico-Normativas que integran los servicios centrales de la Administración Tributaria puedan imponer, por economía procesal, las sanciones por las infracciones administrativas establecidas en este Código, cuando con motivo de las gestiones que realizan con los contribuyentes, estos incurran en alguna infracción tipificada por el Código Tributario.

En el mismo sentido, en esta propuesta de reforma se propone incluir un párrafo final en el artículo 92 del citado Código, para efectos de que la Dirección General de Tributación se constituya como actor civil en el ejercicio de la acción civil resarcitoria, conforme lo establece el Código Procesal Penal. Lo anterior debido a que el flagelo del déficit fiscal debe ser combatido desde múltiples aristas, siempre con la participación activa de la autoridad tributaria, a la cual la Constitución Política le confirió la labor de recaudación y administración de los tributos. En este sentido, una de las labores que debe darse constantemente es la inagotable lucha contra la evasión de tributos, no solo a nivel de las instancias administrativas, sino también a nivel del ámbito judicial-penal.

Así también, se propone crear el artículo 18 bis el cual se refiere al deber que tiene toda persona física o jurídica que desee obtener cualquier autorización, licencia o permiso ante la Administración Pública o municipalidades, de estar al día en el pago de sus obligaciones tributarias y en la presentación de sus declaraciones ante las dependencias del Ministerio de Hacienda.

Finalmente, el texto sustitutivo de dicha iniciativa se encuentra conformado por nueve artículos y tres transitorios, desglosados de la siguiente manera:

- **Artículo 1:** Reforma los artículos 26, 52, 74, 82, 83, 106, 106 ter inciso 4, 130 inciso e), 131, 134, 137 inciso b), 149, 190, 192, 193, 194, 195, 199 y 200; además se adiciona un inciso g) al artículo 53, un párrafo final al artículo 92, el inciso e) al artículo 106 y dos

párrafos al final del artículo 106 quáter; asimismo se adicionan los artículos 18 bis, 137 bis y 196 bis todos del Código de Normas y Procedimientos Tributarios, Ley N° 4755.

- **Artículo 2:** Requisito para solicitudes de financiamiento.
- **Artículo 3:** Autorización para establecer mecanismos de incentivo al cumplimiento y control tributario masivo.
- **Artículo 4:** Casas de estancia transitoria “...*todo arrendamiento de bienes inmuebles de uso habitacional, por períodos inferiores a un mes, se considerará con un servicio afecto al Impuesto General sobre las Ventas...*”.
- **Artículo 5:** Medios alternativos de pago.
- **Artículo 6:** Modifica el artículo 2 de la Ley N° 2393 “Crea oficina de Cobros de la Dirección General de Hacienda”.
- **Artículo 7:** Modifica el artículo 8 de la Ley N° 2393 “Crea oficina de Cobros de la Dirección General de Hacienda”.
- **Artículo 8:** Se derogan el artículo 4 de la Ley N°7218 “Ley de Ajuste Tributario”, los artículos 3, 4, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley N° 2393, así como el inciso d) del artículo 196 del Código de Norma y Procedimientos Tributarios.
- **Artículo 9:** Vigencia
- **Transitorio I:** Los casos que a la fecha se encuentren con demanda interpuesta serán gestionados por los Fiscales de Cobros de la autoridad judicial competente.
- **Transitorio II:** El sistema de notificación por medio de buzón electrónico, podrá ponerse en operación hasta seis meses después de la vigencia de la propuesta.
- **Transitorio III:** Los embargos administrativos que se hayan practicado antes de la entrada en vigencia de la iniciativa, mantendrán su vigencia de conformidad con los términos y condiciones en que fueron decretados.

### III. DICTAMEN TÉCNICO

Mediante el oficio DP-0266-2015 del 14 de octubre de 2015, el Lic. Sergio Gómez Rodríguez, Director a.i. de la Dirección de Presupuesto, indica:

*“... El proyecto “Ley para mejorar la lucha contra el fraude fiscal” pretende reformar el Código de Normas y Procedimientos Tributarios, Ley N°4755, del 3 de mayo de 1971 y sus reformas, con el propósito de luchar contra el fraude fiscal.*

*Analizado el texto del proyecto de ley, no se determina ninguna referencia explícita a la Caja Costarricense de Seguro Social dentro del mismo.*

*Sin embargo, a continuación se realizan algunas observaciones al proyecto propuesto:*

- *Mediante el proyecto se pretende mejorar la recaudación del fisco. Esta mejora puede tener un efecto positivo en las finanzas de la CCSS, en el entendido de que al disponer el Gobierno de mayores recursos, podría ser más oportuno en el pago de sus obligaciones con la institución.*
- *Algunas de las transferencias que en la actualidad realiza el Gobierno a la CCSS se encuentran en función de la recaudación proveniente de tributos específicos, por lo que una mejora en la recaudación del fisco también podría beneficiar las transferencias que recibe la CCSS de parte del Gobierno.*

- *Como contraparte, se tiene que en el proyecto de ley se mencionan una serie de sanciones aplicables en caso de incumplimiento de la normativa propuesta. Dentro de las mismas, se plantea una sanción de 2% sobre sus ingresos brutos para las entidades financieras que incumplan con el suministro de información solicitados por la Administración Tributaria. Al respecto, se acota que en el artículo 78 de la Ley N° 7983, “Ley de Protección al Trabajador”, se establece que las empresas públicas estatales destinarán un porcentaje de sus utilidades para el fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM). En caso de que la sanción mencionada sea aplicada a un banco estatal, las utilidades de esta entidad se verían disminuidas y por ende se afectarían las transferencias que se realicen al RIVM por concepto del artículo 78 citado...”.*

Por nota DFC-1569-15 del 15 de octubre de 2015, el Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director de la Dirección Financiero Contable, señala:

*“...Con dicho proyecto lo que se pretende es el combate a la evasión como un imperativo que requiere de los medios legales, reglamentarios, informáticos y de gestión, necesarios para atender un problema que por análisis recientes resulta ser mayor a lo inicialmente estimado, así indicado en la exposición de motivos que sustentan el proyecto de ley.*

*Analizado el contenido del proyecto, se determina que no alcanza las competencias asignadas a la Caja Costarricense de Seguro Social en su quehacer...”.*

#### **IV DICTAMEN LEGAL:**

Asimismo, mediante oficio CAIP-0555-15 del 20 de octubre de 2015, la Licda. Silvia Elena Dormond Sáenz, Asesora de este despacho gerencial, rinde el siguiente criterio legal:

*“...En relación con la presente iniciativa, el Departamento Estudios, Referencias y Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa, en el Informe AL-DEST-ITS-100-2015 del 05 de mayo de 2015, indicó:*

*“...El proyecto de ley en análisis reforma y regula algunas atribuciones otorgadas a la Dirección General de Tributación Directa, como Administración Tributaria, especialmente en el ámbito de la recaudación de los tributos.*

*En ese sentido, se considera importante recordar lo señalado por la Sala Constitucional, sobre el concepto y las atribuciones de la Administración Tributaria: “Los artículos 33 y 34 del Reglamento General de Gestión, Fiscalización y Recaudación Tributaria define las funciones de la Administración Tributaria y las divide en: gestión, determinación, fiscalización, recaudación y revisión. Y por Administración Tributaria, debemos entonces entender al ente público, que no sólo tiene a su cargo la*

*percepción y fiscalización de los tributos, sino que, a su vez, es el sujeto activo de los mismos.*

(...)

*Es así como en el Código de Normas y Procedimientos Tributarios, se entiende por Administración Tributaria, el órgano administrativo que tiene a su cargo no sólo la percepción, sino también la fiscalización de los tributos, ya sea que se trate del fisco, o de otros entes públicos que sean sujetos activos en la relación jurídica impositiva (Artículo 99). Con el fin de aclarar lo anterior, debemos recordar que el sujeto activo de la obligación tributaria, es el ente público titular del derecho de crédito tributario, que posee en consecuencia, las potestades administrativas de gestión del tributo, independientemente de que este ente, ostente o no la titularidad de la potestad normativa sobre el tributo de que se trate, o de que el ente, tenga potestad financiera sobre el producto recaudatorio del tributo. (...)" (Voto Nº 3671-2006).*

(...)

*De acuerdo con el Ministerio de Hacienda (...), el sistema tributario tiene una cantidad importante de exoneraciones y está lleno de portillos que facilitan la evasión, la elusión y el fraude fiscal. Según un estudio recién concluido por el Ministerio de Hacienda sobre el gasto tributario para el año 2013, solamente por exenciones tributarias, en ventas, renta y otros impuestos, el Gobierno deja de percibir ingresos equivalentes a un 5,9% del PIB. Además, en recientes estudios elaborados por el Ministerio de Hacienda se tiene que el grado de incumplimiento tributario (incluye evasión, elusión y contrabando) es alrededor de un 7,8% (...) (Esta cifra es del 2012)*

(...)

*En términos generales, se distingue entre evasión y elusión tributarias.*

*La evasión tributaria es cualquier acción fraudulenta para evitar el pago total o parcial de un impuesto; normalmente se define como la falta de cumplimiento de sus obligaciones tributarias por parte de los contribuyentes, la cual deriva en una pérdida efectiva de ingresos fiscales para la administración tributaria y las posibilidades de atención de las necesidades de la colectividad, contribuye al desequilibrio presupuestario e impacta directamente en la equidad y eficiencia del sistema tributario.*

(...)

*Las causas que originan la evasión tributaria se las identifica con i) la inexistencia de una conciencia tributaria entre los ciudadanos; ii) la complejidad y limitaciones de la legislación tributaria; y, iii) la ineficiencia*

*de la administración tributaria. Esta última se considera la clave para que florezca la evasión fiscal, pues lo que al final cuenta es cómo perciben los contribuyentes a la administración tributaria, es decir la imagen del riesgo en que podrían incurrir si optan por evadir los tributos.*

*Por su parte, la elusión tributaria ocurre cuando se evita o elude el cumplimiento de las obligaciones acudiendo a mecanismos lícitos por lo general relacionados con la vaguedad o lagunas de las normas tributarias...”.*

*Ahora bien, de conformidad con la lectura del texto sustitutivo, no se desprende del mismo, algún numeral que haga referencia a la Caja Costarricense de Seguro Social, así como a sus facultades y competencias, sino que se refiere a aspectos de la Hacienda Pública, en relación con las obligaciones que deben cumplir las personas físicas y jurídicas respecto al pago del fisco.*

*Sin embargo, vale considerar lo manifestado por la Dirección de Presupuesto, que en lo que interesa dispuso:*

*“...el proyecto de ley se mencionan una serie de sanciones aplicables en caso de incumplimiento de la normativa propuesta. Dentro de las mismas, se plantea una sanción de 2% sobre sus ingresos brutos para las entidades financieras que incumplan con el suministro de información solicitados por la Administración Tributaria. Al respecto, se acota que en el artículo 78 de la Ley N° 7983, “Ley de Protección al Trabajador”, se establece que las empresas públicas estatales destinarán un porcentaje de sus utilidades para el fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM). En caso de que la sanción mencionada sea aplicada a un banco estatal, las utilidades de esta entidad se verían disminuidas y por ende se afectarían las transferencias que se realicen al RIVM por concepto del artículo 78 citado...”.*

*Como corolario de lo señalado líneas atrás, el numeral 78 supracitado, dispone:*

*“...Establécese una contribución hasta del quince por ciento (15%) de las utilidades de las empresas públicas del Estado, con el propósito de fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS, en cuanto a su financiamiento y para universalizar la cobertura de la CCSS a los sectores de trabajadores no asalariados en condiciones de pobreza. El monto de la contribución será establecido por el Poder Ejecutivo, según la recomendación que realizará la CCSS conforme a los estudios actuariales...”.*

*En virtud de lo esbozado, se recomienda adicionar a los artículos 82 y 83 de la iniciativa, el siguiente párrafo:*

*“Para efectos de la multa pecuniaria proporcional del dos por ciento (2%), en el caso de las empresas públicas del Estado, dicho monto deberá ser aplicado una vez que el sujeto infractor haya destinado el porcentaje que establece el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, con el propósito de fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS”.*

*Lo anterior, guarda relación con lo dispuesto en el artículo 177 de la Constitución Política, a saber:*

*“...Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de Presupuesto a partida respectiva...” (...)*”.

## **V. CONCLUSIONES**

De lo ampliamente esbozado, se recomienda contestar la audiencia conferida en forma positiva, siempre y cuando se considere incluir en la reforma de los artículos 82 y 83 del Código de Normas y Procedimientos Tributarios, lo siguiente:

*“Para efectos de la multa pecuniaria proporcional del dos por ciento (2%), en el caso de las empresas públicas del Estado, dicho monto deberá ser aplicado una vez que el sujeto infractor haya destinado el porcentaje que establece el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, con el propósito de fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS”.*

## **VI. RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA**

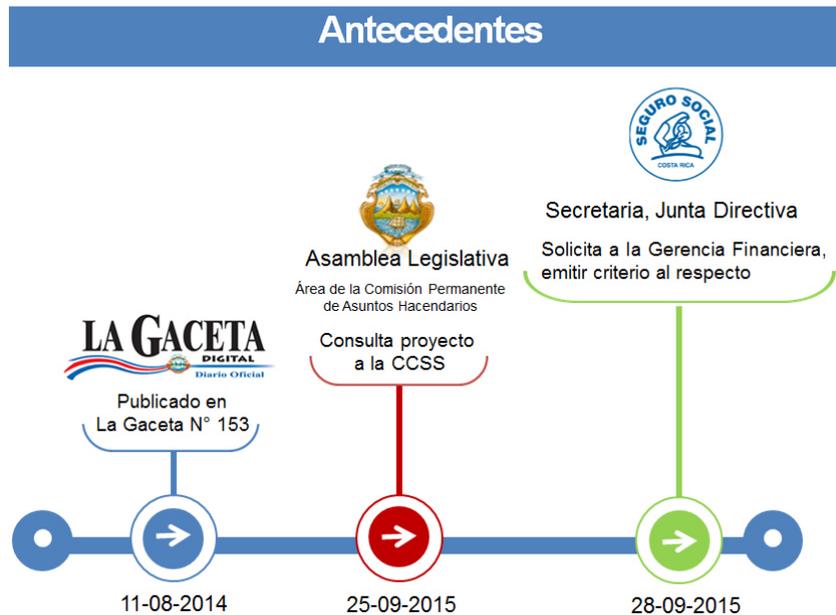
Con base en los dictámenes técnico-legales emitidos por la Gerencia Financiera, se recomienda contestar la audiencia conferida por la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa, referente al proyecto de ley denominado *“Ley para mejorar la lucha contra el fraude fiscal”* y tramitado bajo el expediente N° 19.245, en los siguientes términos ...”.

Ingresa al salón de sesiones el Director Barrantes Muñoz.

La exposición está a cargo del licenciado Picado Chacón, con base en las siguientes láminas.

- i) Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia Financiera  
Proyecto  
Ley para mejorar la lucha contra el fraude fiscal  
Expediente N° 19245  
Octubre 2015.

ii)



iii) Objeto:

Pretende reformar el Código de Normas y Procedimientos Tributarios, Ley N°4755, del 3 de mayo de 1971 y sus reformas, con el propósito de luchar contra el fraude fiscal, mediante la regulación de algunas atribuciones otorgadas a la Dirección General de Tributación Directa, como Administración Tributaria, especialmente en el ámbito de la recaudación de los tributos.

iv)

### Aspectos relevantes

Algunas de las transferencias que en la actualidad realiza el Gobierno a la CCSS se encuentran en función de la recaudación proveniente de tributos específicos, por lo que una mejora en la recaudación del fisco también podría beneficiar las transferencias que recibe la CCSS de parte del Gobierno.

Mediante el proyecto se pretende mejorar la recaudación del fisco. Esta mejora puede tener un efecto positivo en las finanzas de la CCSS, en el entendido de que al disponer el Gobierno de mayores recursos, podría ser más oportuno en el pago de sus obligaciones con la institución.

Como contraparte, se tiene que en el proyecto de ley se mencionan una serie de sanciones aplicables en caso de incumplimiento de la normativa propuesta. Dentro de las mismas, se plantea una sanción de 2% sobre sus ingresos brutos para las entidades financieras que incumplan con el suministro de información solicitados por la Administración Tributaria. Al respecto, se acota que en el artículo 78 de la Ley N° 7983, "Ley de Protección al Trabajador", se establece que las empresas públicas estatales destinarán un porcentaje de sus utilidades para el fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM). En caso de que la sanción mencionada sea aplicada a un banco estatal, las utilidades de esta entidad se verían disminuidas y por ende se afectarían las transferencias que se realicen al RIVM por concepto del artículo 78 citado.



## v) Conclusiones:

De conformidad con el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador y el artículo 177 de la Constitución Política, se recomienda adicionar a los artículos 82 y 83 de la iniciativa, el siguiente párrafo:

“Para efectos de la multa pecuniaria proporcional del dos por ciento (2%), en el caso de las empresas públicas del Estado, dicho monto deberá ser aplicado una vez que el sujeto infractor haya destinado el porcentaje que establece el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, con el propósito de fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS”

## vi) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

## vii) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

Conocido el oficio sin número del 25 de setiembre de 2015, firmado por la Licda. Noemy Gutiérrez Medina, Jefe de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa, mediante el cual se efectúa consulta respecto al proyecto de ley denominado “Ley para mejorar la lucha contra el fraude fiscal”, tramitado bajo el expediente N° 19.245, la Junta Directiva **ACUERDA:** Con fundamento en las consideraciones y criterio vertido por la Gerencia Financiera, contenidos en el oficio **GF-40.872-2015** del 20 de octubre 2015, comunicar a la Comisión consultante, que la institución **no se opone** al citado proyecto, siempre y cuando se incluya en la reforma de los artículos 82 y 83 del Código de Normas y Procedimientos Tributarios, el siguiente párrafo:

“Para efectos de la multa pecuniaria proporcional del dos por ciento (2%), en el caso de las empresas públicas del Estado, dicho monto deberá ser aplicado una vez que el sujeto infractor haya destinado el porcentaje que establece el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, con el propósito de fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS.

En relación con el texto sustitutivo “Proyecto ley para mejorar la lucha contra del fraude fiscal”, señala el Gerente de Pensiones, que en la lectura integral del Proyecto, se observan aspectos, indirectamente, muy positivos en favor de la Institución y se pretende mejorar la recaudación del fisco. Esa mejora puede tener un efecto positivo en las finanzas, en el entendido de que el Gobierno, al disponer de mayores recursos económicos, podría ser oportuno en el pago de algunas obligaciones. Algunas de las transferencias que en la actualidad realiza el Gobierno a la Caja, están en función de la recaudación proveniente de tributos específicos, por ejemplo, los del Fondo de Asignaciones Familiares (FODESAF), conforme mejoren el ingreso, la Caja puede disponer para los programas y como contraparte en el Proyecto de Ley, se menciona una serie de sanciones aplicables en caso de incumplimiento.

**Por tanto** y habiéndose hecho la presentación respectiva por parte del licenciado Picado Chacón, la Junta Directiva, con fundamento en las consideraciones y criterio vertido por la Gerencia Financiera, contenido en el citado oficio número GF-40.872-2015 –en forma unánime- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante que la Institución **no se opone** al citado

proyecto, siempre y cuando se incluya en la reforma de los artículos 82 y 83 del Código de Normas y Procedimientos Tributarios, el siguiente párrafo:

“Para efectos de la multa pecuniaria proporcional del dos por ciento (2%), en el caso de las empresas públicas del Estado, dicho monto deberá ser aplicado una vez que el sujeto infractor haya destinado el porcentaje que establece el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, con el propósito de fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS”.

## **ARTICULO 31°**

Se tiene a la vista la consulta que se relaciona con el *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 agosto anterior, 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, contenido en el oficio número GF-15.341-2015, de fecha 31 de agosto del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“El presente documento contiene el criterio de la Gerencia Financiera, en relación con el proyecto de ley denominado “*Programa de apoyo y reactivación de las MIPYMES del Sector Turismo costarricense*” y tramitado bajo el expediente N° 19.650.

## **I. ANTECEDENTES**

- a) En La Gaceta N° 150 del 04 de agosto de 2015, la Asamblea Legislativa publica el proyecto de ley citado.
- b) Mediante oficio TUR-214-2015 del 17 de agosto de 2015, la Licda. Silma Elisa Bolaños Cerdas, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Turismo de la Asamblea Legislativa, consulta el proyecto a la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante CAJA).
- c) Por oficio JD-PL-0046-15 del 18 de agosto de 2015, la Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de la Junta Directiva, solicita a la Gerencia Financiera, emitir criterio al respecto.

## **II. RESUMEN DEL PROYECTO**

En la exposición de motivos del citado proyecto de ley, se indica que el 11 de setiembre de 2014, se presentó a la corriente legislativa el expediente N.° 19.318 “*Ley de Creación del Programa de Apoyo y Reactivación de las Mipymes del Sector Turismo Costarricense*”, con el propósito de dar una respuesta a la situación de los micro, pequeños y medianos empresarios del sector turismo, afectados por la crisis económica mundial del año 2008.

Asimismo, se indica que alrededor de cien empresarios enfrentan hoy una situación acongojante, donde está en juego su patrimonio y el de su familia, pero también el trabajo de muchos

empleados y las familias de sus proveedores. Se calcula que alrededor de 5.000 personas reciben ingresos gracias al trabajo directo y producto de encadenamientos generados por estas empresas.

De igual manera, que en vista de la necesidad de los empresarios y el convencimiento de los diputados de que se tenía que tener una solución, se inició un proceso de análisis de escenarios que permitieran resolver la problemática de las mipymes del sector turismo costarricense, siendo el presente proyecto de ley, la opción que se plantea para el sector.

Aunado a lo anterior, se citan algunas características importantes que posee este proyecto de ley y que busca apoyar al beneficiario final, a saber:

1.-En este proyecto el Sistema de Banca para el Desarrollo, a través del Fideicomiso Nacional para el Desarrollo, con recursos del peaje bancario y el aporte del Instituto Costarricense de Turismo, establecerá una línea de crédito, por un monto equivalente a US\$13.500.000,00 (trece millones quinientos mil dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América) en condiciones blandas para los intermediarios financieros (bancos públicos, privados, cooperativas y otros) para la readecuación de las deudas de las mipymes del sector turismo costarricense, afectadas por la crisis financiera del 2008 y hasta el 2011. Estos recursos, con un plazo máximo de ocho años, se podrán utilizar para readecuar las deudas con un tope máximo del treinta tres por ciento (33%) de la deuda y un máximo absoluto de US\$175.000,00 (ciento setenta y cinco mil dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América).

2.- Las empresas que podrían participar como beneficiarias son las que tengan la declaración de micro, pequeñas y medianas empresas del Ministerio de Economía Industria y Comercio.

3.-Las empresas tendrán un plazo de tres meses, a partir de la vigencia del reglamento a la ley, para presentar la solicitud para ser tenido como beneficiario.

4.- Para los efectos, también se autoriza a los bancos públicos a readecuarles los intereses moratorios, comisiones crediticias, gastos legales y otros costos relacionados, incurridos por los bancos producto de las carteras refinanciadas o en procesos judiciales y convenios de acreedores.

5.- Por último, el Instituto Costarricense de Turismo, el Sistema de Banca para el Desarrollo, a través de su participante Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), establecerán un programa de apoyo y fortalecimiento de la gestión empresarial de las empresas beneficiarias de esta ley, a fin de elevar su competitividad y mejorar las condiciones de servicio dentro del mercado de los servicios de los beneficiarios de ley.

Además se indica, que la propuesta busca ayudar de forma integral a las mipymes del sector turístico, no solo con un apoyo financiero mejor estructurado, sino con un acompañamiento bien dirigido que busca mejorar las herramientas administrativas o de conocimiento que poseen los beneficiarios de esta ley, a fin de que se logre tanto la viabilidad financiera de las empresas, así como insertar capacidades empresariales facilitando la sostenibilidad de las mipymes en el tiempo.

Finalmente, dicho proyecto se encuentra conformado por diez artículos, desglosados de la siguiente manera:

- Artículo 1: Beneficiarios de ley.
- Artículo 2: Autorizaciones a los bancos.
- Artículo 3: Recursos financieros.
- Artículo 4: Condiciones financieras “...Cuando el beneficiario de la readecuación tuviera deudas con la Caja (...) así como en cualquier otra entidad del sistema de seguridad social costarricense, el intermediario financiero podrá tramitar la solicitud y otorgar la readecuación, en cuyo caso se hará el pago de estas deudas a las respectiva entidad de seguridad social y dicho monto será considerado en el saldo readecuado...”.
- Artículo 5: Coordinación de estrategias de apoyo.
- Artículo 6: Elegibilidad.
- Artículo 7: Autorización para uso de fondos del Fodife.
- Artículo 8: Mecanismos de control y seguimiento.
- Artículo 9: Declaración de interés público.
- Artículo 10: Reglamentación.

### III. DICTAMEN TÉCNICO

Mediante el oficio DCO-0986-2015 del 27 de agosto de 2015, el Lic. Luis Diego Calderón Villalobos, Director de la Dirección de Cobros, indica:

*“...En lo que respecta, al proyecto de ley denominado “**Programa de apoyo y reactivación de las Mipymes del sector turismo costarricense**”; el cual se tramita bajo el expediente legislativo”, N° 19.650, y que pretende la utilización del instrumental e institucionalidad del Estado para crear un Programa de Apoyo y Reactivación de las Mipymes del Sector Turismo Costarricense, cabe indicar lo siguiente:*

*La Caja Costarricense de Seguro Social encuentra su razón de ser en el artículo 73 (...) de la Constitución Política, la cual a su vez encuentra sustento en el principio de solidaridad, creándose para ello, un sistema de contribución forzosa tripartita, la contribución es una obligación esencial para la existencia del régimen de seguridad social, y su finalidad es el fortalecimiento del fondo para protección y beneficio de los propios asegurados. En ese sentido, corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, efectuar todas las acciones tendentes a la recaudación y recuperabilidad de las cuotas obrero patronales y de trabajadores independientes, adeudadas a la Institución, con el fin de dotarla a la Caja de los recursos financieros que otorguen la sostenibilidad a los regímenes del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y de Invalidez Vejez y Muerte (IVM), que esta administra por mandato constitucional.*

*Con respecto a la autonomía de la Caja el Tribunal Constitucional mediante resolución N° 6256-94, refiere lo siguiente:*

*“... b) la norma [refiriéndose al artículo 73 de la Constitución Política] le concede en forma exclusiva a la Caja Costarricense de Seguros Sociales, la administración y gobierno de los seguros sociales, grado de autonomía que es, desde luego, distinto y superior al que se define en forma general en el artículo*

188 ídem; c) los fondos y reservas de los seguros sociales no pueden ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a su cometido."

Adicionalmente, mediante resolución N° 7379-99 del 24 de setiembre de 1999, la Sala Constitucional, con respecto al mismo tema de la autonomía de la Caja, ha señalado lo siguiente:

*"El constituyente expresamente instituyó un ente encargado de la administración de la seguridad social dotado de máxima autonomía para el desempeño de su importante función; razón por la cual la reforma al numeral 188 constitucional que instituyó la dirección administrativa no modificó su régimen jurídico. Así las cosas, como la preocupación de los consultantes estriba en la exclusión de dicha institución de la lista presentada en el inciso d) del artículo 1 del proyecto, y su consecuente inclusión en el concepto genérico de "Administración descentralizada" del inciso c), debe esta Sala declarar que es inconstitucional la no exclusión de la Caja Costarricense de Seguro Social del concepto de "Administración descentralizada" contenido en el inciso c) del artículo 1 del proyecto en consulta, razón por la cual ninguna de las normas que remitan a tal inciso ni ninguna que se refiere a la dirección administrativa del Poder Ejecutivo en materia presupuestaria puede entenderse aplicable a dicha entidad".*

Por su parte, el artículo 1 de la Ley Constitutiva de la CAJA, en cuanto a dicha autonomía, señala al respecto, lo siguiente:

**"Artículo 1.-** La institución creada para aplicar los seguros sociales obligatorios se llamará **Caja Costarricense de Seguro Social** y, para los efectos de esta ley y sus reglamentos, **CAJA**.

*La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. Los fondos y las reservas de estos seguros no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente. Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas". (Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).*

En lo que respecta, propiamente al proyecto de ley denominado: **"Programa de apoyo y reactivación de las Mipymes del sector turismo costarricense"**; el cual se tramita bajo el expediente legislativo", N° 19.650, y que pretende la utilización del instrumental e institucionalidad del Estado para crear un Programa de Apoyo y Reactivación de las Mipymes del Sector Turismo Costarricense, es importante indicar, que específicamente, en lo que respecta a esta Dirección, merece especial atención la redacción del segundo párrafo del artículo 4, el cual señala lo siguiente:

**“ARTÍCULO 4.- Condiciones financieras**

(...)

*Cuando el beneficiario de la readecuación tuviera deudas con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), así como en cualquier otra entidad del sistema de seguridad social costarricense, el intermediario financiero podrá tramitar la solicitud y otorgar la readecuación, en cuyo caso se hará el pago de estas deudas a la respectiva entidad de seguridad social y dicho monto será considerado en el saldo readecuado.*

(...)

*Cabe indicar que la Procuraduría General de la República, en el dictamen C-217-2000, 13 de setiembre del 2000, haciendo referencia a lo resuelto por la Sala Constitucional, en cuanto a los seguros sociales que administra la CAJA, así como a su fuente o mecanismo de financiamiento, en lo que interesa cita lo siguiente:*

*“Tal y como lo ha indicado la Sala Constitucional, la administración y el gobierno de los seguros sociales corresponden a la CCSS. Institución Autónoma que tiene un grado de autonomía distinto y superior a las que poseen las demás instituciones autónomas en virtud del artículo 188 de la Constitución Política(3) Al otorgarle un grado de autonomía tan importante la Carta Fundamental a esta entidad – la administración y **el gobierno** de los seguros sociales-, es necesario y lógico que las normas secundarias que desarrollan estos principios y normas constitucionales, le concedan importantes potestades a la entidad aseguradora con el fin de garantizarle a todos los habitantes de la República el derecho a la seguridad social, entre ellos: la facultad a la Junta Directiva de realizar las inversiones de los fondos que se han creado en los diversos regímenes, la facultad legal para compeler a las partes al pago de las sumas que se le deben, la potestad de emitir certificaciones con carácter de títulos ejecutivos, medios efectivos de coerción, a fin de que pueda recaudar los recursos económicos representados en las contribuciones instituidas por el Constituyente, y pueda garantizar, así, la existencia del régimen autosuficiente de seguridad social, mediante el fortalecimiento del fondo creado para la protección y el beneficio de todos los habitantes del país<sup>4</sup> y la facultad de dictar los reglamentos autónomos de servicio y de organización que le permitan cumplir, de la mejor forma, sus fines”.*

*Con base en lo citado anteriormente, es importante hacer mención, que la Caja Costarricense de Seguro Social debe velar por la adecuada y oportuna gestión cobratoria de los montos adeudos por concepto de cuotas obrero-patronales, de trabajadores independientes y otros conceptos derivados de los anteriores, con el fin de proporcionar la sostenibilidad financiera necesaria para una digna y adecuada prestación de los servicios de salud y el sostenimiento económico de un régimen sólido de pensiones para el beneficio de toda la población nacional.*

*La Institución tiene el encargo de llevar a cabo la gestión de cobro judicial por mandato normativo, siendo precisamente la propia Ley Constitutiva la que impone la obligación de acudir a este medio de recuperación a través de esta vía, es decir, que la Institución desde el punto de vista del fundamento legal de la*

*gestión cobratoria debe acudir a los medios ordinarios cobratorios para gestionar la recuperabilidad de deudas de la seguridad social, y específicamente el inciso b) del artículo 31 de la citada norma, establece los medios a través de los cuales la administración debe orientar la recuperación de dicha deuda.*<sup>3</sup>

*Ahora bien, visto el texto del citado párrafo, en relación con la totalidad de los artículos que integran el proyecto de ley, se logra apreciar que este párrafo es consecuente con la protección de los recursos con los que se financia la Caja, para mantener el equilibrio financiero de los seguros de enfermedad y maternidad (S.E.M.), y el seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (I.V.M.) que administra esta por mandato constitucional, lo anterior, por cuanto la Caja, al otorgársele a los beneficiarios de este programa (pequeñas y medianas empresas dedicadas a la actividad turística), los respectivos créditos que lo conforman, se garantizaría a la Caja, la reserva económica correspondiente a fin de que se puedan honrar el pago de los montos adeudados a esta por cuotas obrero patronales, así como lo correspondiente a las deudas del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) cuyo cobro administrativo y judicial gestiona la Caja a partir del mes de febrero del 2015, según lo ordenado por la Contraloría General de la República, mediante informe DFOE-SOC-IF-01-2013 del 31 de enero de 2013.*

*En razón de lo anterior, está Dirección se encuentra de acuerdo con el proyecto de Ley presentado y específicamente con lo regulado en el artículo 4; sin embargo, y con el fin tener mayor claridad con respecto al tema del pago de las deudas a favor de la CCSS y de las entidad de seguridad social, seguidamente se propone, como modificación de forma a la redacción del segundo párrafo del artículo de referencia, el siguiente texto:*

**“ARTÍCULO 4.- Condiciones financieras**

*(...)*

*Cuando el beneficiario de la readecuación tuviera deudas con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), así como con cualquier otra entidad del sistema de seguridad social costarricense, el intermediario financiero para tramitar la solicitud deberá incluir en esta, el monto adeudado a la respectiva entidad de seguridad social y en caso de aprobarse la readecuación, el intermediario financiero girará a las entidades de seguridad social respectiva, el monto adeudado por el beneficiario...”*

**IV DICTAMEN LEGAL:**

Asimismo, mediante oficio CAIP-0474-15 del 31 de agosto de 2015, la Licda. Silvia Elena Dormond Sáenz, Asesora de este despacho gerencial, rinde el siguiente criterio legal:

*“...De previo a conocer el fondo del asunto, es de relevancia indicar que la naturaleza jurídica de la CAJA, se encuentra estipulada en el artículo 1 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante Ley Constitutiva), que en lo que interesa dispone:*

*“...La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. Los fondos y las reservas de estos seguros no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente. Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas.” (Lo resaltado es propio)*

*Al respecto y según lo indicado por la Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia, en la resolución 2008-0966 del 19 de noviembre de 2008, la CAJA “...es una institución autónoma, de derecho público y por lo tanto sometida al principio de legalidad, con personalidad jurídica, patrimonio propio e independencia administrativa...” y en consecuencia con autonomía, misma que se encuentra amparada en el artículo 73 de la Constitución Política, el cual indica:*

*“...La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social. No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales...” (Lo destacado no corresponde al original)*

*Asimismo, la Procuraduría General de la República, mediante el Dictamen C 355-2008 del 03 de octubre de 2008, estableció lo siguiente:*

*“...la autonomía administrativa supone la posibilidad jurídica de la respectiva organización de realizar su cometido legal sin sujeción a otro ente (capacidad de autoadministrarse); mientras que la política o de gobierno consiste en la aptitud de señalarse o fijarse el ente a sí mismo sus propios objetivos o directrices (capacidad de autogobernarse o autodirigirse políticamente). O, en términos de una reciente resolución de la propia Sala, “... la potestad de gobierno alude a la determinación de políticas, metas y medios generales, más o menos discrecionales, mientras que la de administración implica, fundamentalmente, la realización de aquellas políticas, metas y medios generales, utilizando y, por ende, estableciendo a su vez- medios, direcciones o conductas más concretas y más o menos regladas ...” (voto n.º 6345-97 de las 8 :33 horas del 6 de octubre de 1997)...”*

*“...El artículo 73 de la Constitución Política, que establece lo (sic) seguros sociales, encomienda su administración y gobierno a la Caja Costarricense de Seguro Social, otorgándole a esta institución un grado de autonomía distinto y superior al que se define en términos generales en el artículo 188 ídem (...) (Resolución n° 3403-94 de las 15:42 horas del 7 de julio de 1994)...” (El énfasis es propio)*

*En este mismo orden de ideas, el ente procurador mediante el Dictamen 212 del 19 de octubre de 2010, señaló en lo que interesa lo siguiente:*

*“...Una afirmación que para ser válida debe ser conforme con los parámetros constitucionales, en razón de la supremacía constitucional. De acuerdo con el*

*principio de supremacía constitucional, el Derecho de la Constitución integrado no solo por el Texto Fundamental sino también por los principios y valores constitucionales constituye la Norma Fundamental y Suprema del ordenamiento jurídico, a la cual se subordina toda otra norma jurídica y toda actuación de los poderes públicos y las autoridades administrativas. (...)*

*En virtud de esa autonomía, **ningún órgano o ente externo puede intervenir en la esfera dejada por el constituyente a favor de la Caja.** Lo que significa que solo esta (sic) puede regular lo relativo a la administración y el gobierno del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y, en general, lo relativo a los seguros sociales que le corresponden. (...)*

*De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, esa autonomía de gobierno significa un límite para el propio legislador y, obviamente para toda autoridad administrativa, incluyendo la Superintendencia de Pensiones. En razón de esa autonomía de gobierno especial de la Caja, esta (sic) no solo no puede ser regulada sino que le corresponde regular con carácter **exclusivo y excluyente** las prestaciones propias de los seguros sociales, **incluyendo las condiciones de ingreso del régimen, los beneficios otorgables y demás aspectos que fueren necesarios...**” (Lo destacado no es del original)*

*Ahora bien, la iniciativa bajo análisis –según el numeral 1– pretende beneficiar a las micro, pequeñas y medianas empresas de hospedaje o restaurantes, que hayan tenido durante el período de octubre 2008 a diciembre 2011, atrasos mayores a los sesenta (60) días en sus deudas con los intermediarios financieros, o se encuentren en proceso de cobro judicial, incluyendo convenios de acreedores y cuyos efectos aún persistan en su estabilidad y solidez financiera.*

*Para los efectos citados, la propuesta de cita autoriza al Instituto Costarricense de Turismo (ICT) a trasladar al Fideicomiso Nacional de Desarrollo (Finade), en condición de préstamo la suma de US\$ 3.500.000,00 (Tres millones quinientos mil dólares), así como se establece una línea de crédito aprobada por el Consejo Rector del Sistema de Banca para el Desarrollo a través de Finade, por la suma de US\$ 10.000.000,00 (diez millones de dólares).*

*De igual manera, el proyecto de marras dispone que el apoyo financiero de las empresas beneficiarias, no podrá aplicarse a más del treinta y tres por ciento (33%) del monto total adeudado, con un límite máximo de US\$ 175.000,00 (ciento setenta y cinco mil dólares) por operación de crédito.*

*Al respecto, el numeral 4 de la iniciativa, señala que “...Cuando el beneficiario de la readecuación tuviera deudas con la Caja (...) así como en cualquier otra entidad del sistema de seguridad social costarricense, el intermediario financiero podrá tramitar la solicitud y otorgar la readecuación, en cuyo caso se hará el pago de estas deudas a las respectiva entidad de seguridad social y dicho monto será considerado en el saldo readecuado...”.*

*En concordancia con lo anterior y lo manifestado por la Dirección de Cobros, ha de tenerse presente que a la CAJA le compete la administración y el gobierno de los seguros sociales, no pudiendo intervenir ningún órgano o ente externo en la esfera dejada por el constituyente.*

*En consecuencia, siendo que a la institución le corresponde velar por la adecuada y oportuna gestión cobratoria de los montos adeudados por concepto de cuotas obrero-patronales, de trabajadores independientes y otros conceptos derivados de los anteriores, y por ende, llevar a cabo la gestión de cobro judicial, conforme el artículo 73 de la Constitución Política y lo establecido en el inciso b) del artículo 31 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, se sugiere modificar el segundo párrafo del artículo 4 propuesto de la siguiente manera:*

**“ARTÍCULO 4.- Condiciones financieras**

(...)

*Quando el beneficiario de la readecuación tuviera deudas con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), así como **con cualquier otra entidad del sistema de seguridad social costarricense, el intermediario financiero para tramitar la solicitud deberá incluir en ésta, el monto adeudado a la respectiva entidad de seguridad social y en caso de aprobarse la readecuación, el intermediario financiero girará a las entidades de seguridad social respectiva, el monto adeudado por el beneficiario...**”*

## V. CONCLUSIONES

De lo ampliamente esbozado, se recomienda contestar la audiencia conferida en forma positiva, siempre y cuando se considere lo siguiente:

- a) La administración y el gobierno de los seguros sociales está a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- b) Ningún órgano o ente externo puede intervenir en la esfera dejada por el constituyente a favor de la CAJA.
- c) A la institución le corresponde velar por la adecuada y oportuna gestión cobratoria de los montos adeudados por concepto de cuotas obrero-patronales, de trabajadores independientes y otros conceptos derivados de los anteriores, así como llevar a cabo la gestión de cobro judicial, conforme el artículo 73 de la Constitución Política y lo establecido en el inciso b) del artículo 31 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- d) Se modifique el segundo párrafo del artículo 4 de la iniciativa, a fin de que se establezca que el intermediario financiero para tramitar la solicitud de readecuación de la deuda, deberá incluir el monto adeudado y en caso de aprobarse la misma por parte de la entidad de seguridad social, éste girará a dichas entidades, el monto adeudado por el beneficiario.

## VI. RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA

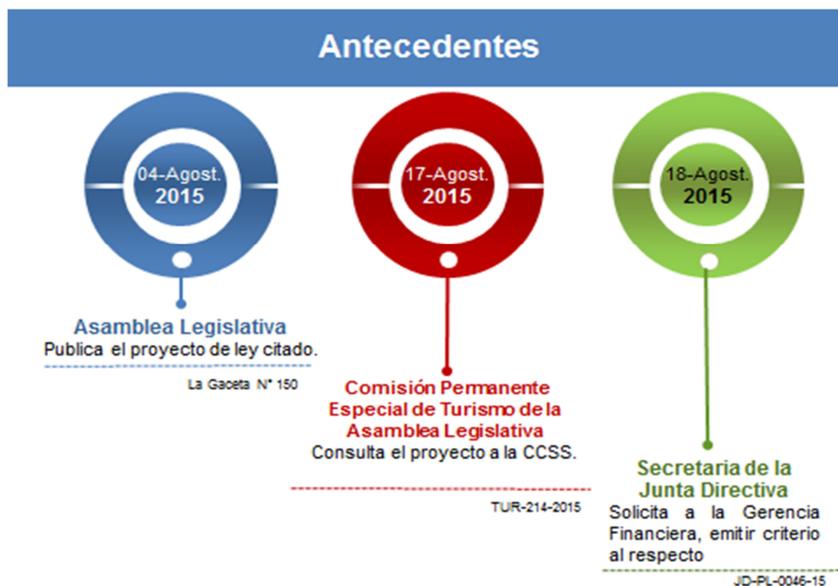
Con base en los dictámenes técnico-legales emitidos por la Gerencia Financiera, se recomienda contestar la audiencia conferida por la Comisión Permanente Especial de Turismo de la Asamblea Legislativa, referente al proyecto de la ley denominado “Programa de apoyo y reactivación de las MIPYMES del Sector Turismo costarricense” y tramitado bajo el expediente N° 19.650, en los siguientes términos ...”.

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

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

- a) Caja Costarricense de Seguro Social  
Gerencia Financiera  
Programa de apoyo y reactivación de las MIPYMES del Sector Turismo costarricense  
Expediente N° 19.650  
Setiembre 2015.

b)



c) Objeto:

Pretende beneficiar a las micro, pequeñas y medianas empresas de hospedaje o restaurantes, que hayan tenido durante el período de octubre 2008 a diciembre 2011, atrasos mayores a los sesenta (60) días en sus deudas con los intermediarios financieros, o se encuentren en proceso de cobro judicial, incluyendo convenios de acreedores y cuyos efectos aún persistan en su estabilidad y solidez financiera. (Artículo 1)

d)

### Aspectos relevantes



La propuesta autoriza al Instituto Costarricense de Turismo (ICT) a trasladar al Fideicomiso Nacional de Desarrollo (FINADE), en condición de préstamo la suma de US\$ 3.500.000,00 (Tres millones quinientos mil dólares), así como se establece una línea de crédito aprobada por el Consejo Rector del Sistema de Banca para el Desarrollo a través de FINADE, por la suma de US\$ 10.000.000,00 (diez millones de dólares).

Dispone que el apoyo financiero de las empresas beneficiarias, no podrá aplicarse a más del treinta y tres por ciento (33%) del monto total adeudado, con un límite máximo de US\$ 175.000,00 (ciento setenta y cinco mil dólares) por operación de crédito.

El numeral 4 de la iniciativa, señala que *"...Cuando el beneficiario de la readecuación tuviera deudas con la Caja (...) así como en cualquier otra entidad del sistema de seguridad social costarricense, el intermediario financiero podrá tramitar la solicitud y otorgar la readecuación, en cuyo caso se hará el pago de estas deudas a las respectiva entidad de seguridad social y dicho monto será considerado en el saldo readecuado..."*.

e)

### Conclusiones

-  Ningún órgano o ente externo puede intervenir en la esfera dejada por el constituyente a favor de la CAJA.
-  A la institución le corresponde velar por la adecuada y oportuna gestión cobratoria de los montos adeudados por concepto de cuotas obrero-patronales, de trabajadores independientes y otros conceptos derivados de los anteriores, así como llevar a cabo la gestión de cobro judicial, conforme el artículo 73 de la Constitución Política y lo establecido en el inciso b) del artículo 31 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.
-  Se recomienda el segundo párrafo del artículo 4 de la iniciativa, a fin de que se establezca que el intermediario financiero para tramitar la solicitud de readecuación de la deuda, deberá incluir el monto adeudado y en caso de aprobarse la misma por parte de la entidad de seguridad social, éste girará a dichas entidades, el monto adeudado por el beneficiario.

f) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

g) Propuesta acuerdo de Junta Directiva:

Conocido el oficio TUR-214-2015 del 17 de agosto de 2015, signado por la Licda. Silma Elisa Bolaños Cerdas, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Turismo de la Asamblea Legislativa, mediante el cual se efectúa consulta respecto al proyecto de ley denominado "Programa de apoyo y reactivación de las MIPYMES del Sector Turismo

costarricense”, tramitado bajo el expediente N° 19.650, la Junta Directiva **ACUERDA:** Con fundamento en las consideraciones y criterio vertido por la Gerencia Financiera, contenidos en el oficio **GF-15.341-2015** del 31 de agosto de 2015, comunicar a la Comisión consultante, que la institución **no se opone** al citado proyecto, siempre y cuando se respete su autonomía, consagrada en el artículo 73 de la Constitución Política, así como sus potestades otorgadas, conforme a la Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en especial en relación con la adecuada y oportuna gestión cobratoria de los montos adeudados por concepto de cuotas obrero-patronales, de trabajadores independientes y otros conceptos derivados de los anteriores. Para los efectos anteriores, se sugiere modificar el segundo párrafo del artículo 4 de la iniciativa, de la siguiente manera:

**“ARTÍCULO 4.- Condiciones financieras**

(...)

*Quando el beneficiario de la readecuación tuviera deudas con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), así como con cualquier otra entidad del sistema de seguridad social costarricense, el intermediario financiero **para tramitar la solicitud deberá incluir en ésta, el monto adeudado a la respectiva entidad de seguridad social y en caso de aprobarse la readecuación, el intermediario financiero girará a las entidades de seguridad social respectiva, el monto adeudado por el beneficiario. (...)***”

En cuanto al Proyecto en consulta señala el Gerente Financiero que en términos prácticos, significa que cuando se le quiera ayudar financieramente a la empresa del sector turismo y esté en la situación que plantea la Ley, se considere si tiene deudas con la Caja, el monto que se le va a ofrecer, debe compensar en primer instancia las deudas que tiene con la Institución y, posteriormente, se le otorguen los créditos para ponerse al día con las entidades financieras.

Ante una consulta del Director Fallas Camacho, en relación con la redacción del acuerdo, indica el licenciado Picado que como está redactada la Ley, no se puede sugerir que se plantee en esos términos, porque primero la empresa tiene que salvar las deudas con la Institución, pero el propósito de la Ley, es que aquellas empresas que cumplen con ciertas condiciones y tienen morosidad con entidades financieras, tengan un salvamiento financiero a través de una serie de líneas de crédito que se les dé. Además, se sugiere que cuando se les otorgue esos fondos, para que se pongan al día con la entidad financiera, no se olviden que primero se cancela la deuda con la Caja, pero dentro del concepto y el espíritu de la Ley, porque se considera que no se puede obligar a que sea la Ley, la que plantee ese aspecto, aunque se determina totalmente loable que esas empresas le paguen primero a la Caja.

Al respecto, aclara la doctora Sáenz Madrigal que el Proyecto de Ley no es mandatario.

**Por consiguiente** y habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte del licenciado Picado Chacón, la Junta Directiva, con fundamento en las consideraciones y criterio vertido por la Gerencia Financiera, contenidos en el mencionado oficio número GF-15.341-2015 – unánimemente- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante que la Institución **no se opone** al citado Proyecto, siempre y cuando se respete su autonomía, consagrada en el artículo 73 de la Constitución Política, así como sus potestades otorgadas, conforme con la Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en especial, en relación con la adecuada y oportuna gestión

cobratoria de los montos adeudados por concepto de cuotas obrero-patronales, de trabajadores independientes y otros conceptos derivados de los anteriores.

Para los efectos anteriores, se sugiere modificar el segundo párrafo del artículo 4 de la iniciativa, de la siguiente manera:

***“ARTÍCULO 4.- Condiciones financieras***

*(...)*

*Cuando el beneficiario de la readecuación tuviera deudas con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), así como **con** cualquier otra entidad del sistema de seguridad social costarricense, el intermediario financiero **para tramitar la solicitud deberá incluir en ésta, el monto adeudado a la respectiva entidad de seguridad social y en caso de aprobarse la readecuación, el intermediario financiero girará a las entidades de seguridad social respectiva, el monto adeudado por el beneficiario. (...)**”.*

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 32°**

**Por unanimidad, se da la firmeza** a los acuerdos adoptados en los artículos 27°, 28° y 30° de esta sesión.

**ARTICULO 33°**

**Por unanimidad, se da la firmeza** a lo resuelto en el artículo 10° de la sesión número 8805: aprobación presupuesto extraordinario N° 02-2015 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y del Régimen no Contributivo de Pensiones (oficio N° GF-40.445-15, de fecha 21 de setiembre del año 2015, firmado por el Gerente Financiero).

Ingresa al salón de sesiones la licenciada Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica de la Dirección Jurídica.

**ARTICULO 34°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-58642-15** el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

**ARTICULO 35°**

**Se toma nota** de que se reprograman, para la próxima sesión ordinaria, los temas de la Gerencia Administrativa que se detallan (los asuntos de esta Gerencia se ubicarían dentro de los primeros en la agenda):

- a) **Oficio N° GA-23395-15**, de fecha 9 de setiembre del año 2015, suscrito por el Gerente Administrativo: atención artículo 16°, 8168: informe en relación con las bodegas 1° y 2 ubicadas en Hatillo.
- b) **Oficio N° GA-23422-15**, fechado 16 de setiembre del año 2015, firmado por el Gerente Administrativo: atención al requerimiento de la sesión N° 8767: resumen comparativo documento “*Marco General para la Reestructuración Organizacional del Nivel Central*”.
- c) **Proyectos de ley en consulta: se externa criterio:**
- i. **Expediente número 19431, Proyecto ley de empleo público.** Se traslada a la Junta Directiva mediante la nota número P.E.45.666-15, de fecha 5 de agosto anterior que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia de la comunicación del 4 de agosto en curso, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa. **Se externa criterio** por medio del oficio N° GA-23652-15 del 20 de octubre del año 2015.
  - ii. **Expediente N° 19381, Proyecto de ley “REFORMAS DE LOS ARTÍCULOS 40 DE LA LEY GENERAL DE SALUD N° 5395 Y 17, 18 Y 19 DE LA LEY DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS, N° 6836, PARA INCLUIR Y EQUIPARAR A LOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL DENTRO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD”.** Se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 8 de setiembre del año en curso, número CTE-268-2015, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia Tecnología de la Asamblea Legislativa. **Se externa criterio** mediante oficio N° GA-23611-15 del 14 de octubre en curso.
  - iii. **Expediente N° 19626, Proyecto “APROBACIÓN DEL PROTOCOLO RELATIVO AL CONVENIO SOBRE TRABAJO FORZOSO, 1930”.** Se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 6 de octubre en curso, número PE.47.769-15, firmada por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia del oficio número CRI-236-2015, suscrito por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Relaciones Internacionales de la Asamblea Legislativa. Criterio solicitado a Gerencia Administrativa.

## ARTICULO 36°

**ACUERDO PRIMERO:** se tiene a la vista la consulta relacionada con el *Expediente número 19431, Proyecto ley de empleo público*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota número P.E.45.666-15, de fecha 5 de agosto anterior que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 4 de agosto en curso, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Hacendarios de la Asamblea Legislativa.

La Gerencia Administrativa externa criterio por medio del oficio N° GA-23652-15 del 20 de octubre en curso y la Junta Directiva, dado el análisis que debe realizar a efecto de dar respuesta

–unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para contestar.

**ACUERDO SEGUNDO:** se tiene a la vista la consulta que concierne al *Expediente N° 19381, Proyecto de ley “REFORMAS DE LOS ARTÍCULOS 40 DE LA LEY GENERAL DE SALUD N° 5395 Y 17, 18 Y 19 DE LA LEY DE INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS, N° 6836, PARA INCLUIR Y EQUIPARAR A LOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL DENTRO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD”*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 8 de setiembre del año en curso, número CTE-268-2015, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Ciencia Tecnología de la Asamblea Legislativa.

La Gerencia Administrativa externa criterio mediante el oficio N° GA-23611-15 del 14 de octubre del año en curso y la Junta Directiva, en vista del análisis que debe realizar para dar respuesta – unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para contestar.

**ACUERDO TERCERO:** se tiene a la vista la consulta que se relaciona con el *Expediente N° 19626, Proyecto “APROBACIÓN DEL PROTOCOLO RELATIVO AL CONVENIO SOBRE TRABAJO FORZOSO, 1930”*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 6 de octubre en curso, número PE.47.769-15, firmada por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia del oficio número CRI-236-2015, suscrito por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Relaciones Internacionales de la Asamblea Legislativa, y en vista del criterio que se ha solicitado a la Gerencia Administrativa para externar criterio, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de quince días hábiles más para contestar.

**ACUERDO CUARTO:** se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente N° 19.440, Proyecto Ley sobre muerte digna de pacientes en estado terminal*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota número P.E.47.209-15, de fecha 12 de agosto del año en curso, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 12 de agosto del presente año, número CAS-955-2015, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio número GM-SJD-37985-2015 del 15 de octubre del año 2015, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de este modo:

*“La Gerencia Médica ha recibido en fecha 13 de agosto del 2015, solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante, a fin de contar con criterios técnicos respectivos según el protocolo institucional, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles, a fin de atender la consulta de forma integral.*

*El criterio correspondiente será presentado en la sesión del 05 de noviembre del 2015”,*

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación de la Gerencia Médica – unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la consultante una prórroga 15 (quince) días hábiles más para dar respuesta.

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.

**ACUERDO QUINTO:** se tiene a la vista la consulta que concierne al *Expediente N° 19.636, Proyecto reforma parcial de la Ley N° 9078, Ley de Tránsito por vías públicas terrestres y seguridad vial*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 17 de setiembre del año en curso, número PE.47.587-15, firmada por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación número CG-178-2015, que suscribe la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio número GM-SJD-37986-2015 del 15 de octubre del año 2015, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de esta manera:

*“La Gerencia Médica recibió en fecha 28 de setiembre del 2015 la consulta del proyecto de ley señalado en el epígrafe, por lo que se procedió a solicitar los criterios respectivos a fin de atender de forma integral la consulta por ello, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles para presentar el criterio correspondiente.*

*El criterio será presentado en la sesión de fecha 05 de noviembre del 2015”,*

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación de la Gerencia Médica –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la consultante una prórroga 15 (quince) días hábiles más para dar respuesta.

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

**ACUERDO SEXTO:** se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente N° 19.433, Proyecto “LEY PARA GARANTIZAR EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO EN EL CUIDO DE LA PERSONA MENOR GRAVEMENTE ENFERMA”*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 14 de octubre en curso, número PE.47.844-15, firmada por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia del oficio número CJNA-1206-2015, fechado 22 de julio del año 2015, suscrito por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias Financiera y Médica, a quien se ha pedido coordinar lo correspondiente y remitir el criterio unificado.

Se ha recibido el oficio número GM-SJD-37987-2015, del 15 de octubre del año 2015, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de este modo:

*“La Gerencia Médica recibió en fecha 22 de octubre del 2015 la consulta del proyecto de ley señalado en el epígrafe, por lo que se procedió a solicitar los criterios respectivos a fin*

*de atender de forma integral la consulta por ello, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles para presentar el criterio correspondiente.*

*El criterio será presentado en la sesión de fecha 05 de noviembre del 2015”,*

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación de la Gerencia Médica – unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la consultante una prórroga 15 días hábiles más para dar respuesta.

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

## **ARTICULO 37°**

**Se dispone** reprogramar para la próxima sesión ordinaria los temas que se detallan:

### **I) 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*.

### **II) Propositiones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:**

a) **Oficio N° P.E.45.385-15**, de fecha 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 Costarricense de Seguro Social; 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: 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, del 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 del 27 de marzo del año 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, del 22 de abril del año 2015, firmada por la señora Presidenta Ejecutiva.
- e) Informes: oficios suscritos por la señora Presidenta Ejecutiva:**
- e.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.
- e.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,** de fecha 16 de setiembre del año 2015: atención artículo 26° de la sesión N° 8764: informe sobre metas insuficientes del Plan Anual Institucional.
- g) Oficio N° P.E.-47.719-15,** del 30 de setiembre del año 2015: propuestas: cese del nombramiento del Dr. Oscar Fallas Camacho y, en su lugar, nombrar al señor Renato Alvarado Rivera como representante de la Junta Directiva Institucional ante el Consejo de la Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS).

### **III) Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.**

- a) Planteamientos Directores Barrantes Muñoz y Loría Chaves:** declaratoria de inopia de algunas especialidades médicas.
- b) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:**
- b.1 Valoraciones actuariales SEM CCSS 2014 y 2015.
- b.2 Revisión de situación de régimen de cesantía en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- b.3 Instrucción a Gerencias de la Caja Costarricense de Seguro Social para el cumplimiento de lo dispuesto en artículo 18 de la Ley de Control Interno.

### **ARTICULO 38°**

#### **ANTECEDENTE:**

En el artículo 20° de la sesión N° 8802, celebrada el 24 de setiembre del año 2015, aprobó los extremos correspondientes, a favor del Director José Luis Loría Chaves y del licenciado Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, para que participen en 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.

**SOLICITUD DEL DIRECTOR LORÍA CHAVES:**

Mediante el mensaje enviado por la vía electrónica, de fecha 14 de octubre del año 2015, el Director Loría Chaves agradece la designación para asistir a las reuniones en referencia y comunica que no haré uso de los recursos de la Institución para ese viaje.

**Por tanto** y dado que el Director don José Luis Loría Chaves no hará uso de los recursos institucionales (pago de pasajes aéreos de ida y regreso, y los viáticos reglamentariamente establecidos), con motivo de su participación en las *Reuniones estatutarias y Reunión de alto nivel sobre envejecimiento y economía preventiva: un nuevo horizonte*, que tendrán lugar el 5 y 6 de noviembre del año 2015, en Sao Paulo, Brasil, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** dejar sin efecto el pago de los viáticos reglamentarios y de los pasajes aéreos de ida y regreso a Brasil, que fueron aprobados a favor del Director Loría Chaves, en el artículo 20º de la sesión N° 8802.

Los demás términos de la resolución permanecen invariables.

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 39º**

De acuerdo con lo señalado por la Directora Soto Hernández, **se toma nota** de que el oficio del 8 de octubre del año 2015, suscrito por la Directora Soto Hernández, en el que comunica que del 6 al 15 de noviembre del presente año, estará realizando una pasantía en la Universidad Cooperativista de Mondragón, País Vasco, España, se excluye de agenda pues la actividad se transfirió para el año próximo.

A las dieciséis horas con cuarenta y ocho minutos se levanta la sesión.