

Jueves 12 de noviembre de 2015

N° 8810

Acta de la sesión ordinaria número 8810, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 12 de noviembre de 2015, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

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

ARTICULO 1°

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

ARTICULO 2°

Se somete a aprobación la agenda para la sesión de esta fecha.

Se toma nota de que el Director Loría plantea que, en esta oportunidad, se trate el tema referente a los concursos.

Por otra parte, la doctora Sáenz Madrigal propone –y su planteamiento es acogido- que se reciba, en el día de hoy, al doctor Dr. Eduardo Da Cruz Dos Santos, Jefe del Programa de Cuidado Crítico Cardíaco y Director de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos (CICU) y de la hospitalización en Cardiología Pediátrica (CPCU) del Instituto del Corazón (IC) del Children's Hospital Colorado (CHCO), a la 1:30 p.m. Aclara que el tema estaba agendado para tratarse en ocho días, pero se analizará el día de hoy, específicamente, el punto 10A. Sin embargo, el Dr. Da Cruz en este momento está en Costa Rica, en el Hospital Nacional de Niños está que se le indique, una hora específica para presentarse en esta sesión. Le parece que en horas de la mañana se apruebe el acta y, después, se procedería a analizar los temas de la Gerencia de Infraestructura. Se trata de tres temas que se presentarían, pero está solicitando un tema dos semanas. Luego, pasaría la Gerencia de Logística, porque es un tema que se solicitó se conociera en la sesión anterior y las entrevistas. Se tendría que aprobar la modificación de la agenda del tema correspondiente al tema dos, punto B de la Gerencia de Infraestructura, para que el asunto lo presenten en dos semanas y que se podría programar al Dr. Da Cruz a la 1:30 p.m., para que se presente en esta sesión.

El Director Gutiérrez Jiménez se refiere a noticia aparecida en La Nación, en relación con curso en el INCAE (Instituto Centroamericano de Administración de Empresas), en relación con las listas de espera.

Sugiere la señora Presidenta Ejecutiva que se solicite el informe correspondiente para una próxima sesión.

Insiste el licenciado Gutiérrez Jiménez en cuanto al tema de los doscientos mil dólares que se pagaron en el INCAE, para la capacitación en el tema de las listas de espera, porque no está a

favor de esa situación. Comenta que ayer, cuando estaba en la Operadora de Pensiones con los señores Directores, revisó el acuerdo pero no se refiere al tema; se trata de un acuerdo del mes de abril de este año y en los diferentes incisos que se relacionan con ese tema, no queda un acuerdo expreso, autorizando a las Unidades para que se realice una capacitación de esa naturaleza. Aunque revisando el acuerdo, determinó que cuando se tomó el acuerdo no estaba presente porque, justificadamente, se había tenido que retirar de la sesión.

En cuanto al oficio N° GIT-46372-2015 (756-2015), de fecha 30 de octubre del año 2015, que suscribe la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías, y por medio del que presenta el informe de avance del “*Proyecto Diseño, Construcción, Equipamiento y Mantenimiento Etapa 2 Edificio Torre Este y Obras Complementarias*” del Hospital Calderón Guardia, y acogido el planteamiento de la señora Presidenta Ejecutiva, se dispone conocerlo en la sesión del 26 de los corrientes.

El Director Gutiérrez Jiménez solicita que se incluyan en la agenda dos temas, primero sobre la noticia que se publicó en el Periódico La Nación, relacionada con doscientos mil dólares que se están pagando, para una capacitación sobre el tema de las listas de espera en el INCAE y segundo, el asunto de la Torre del Hospital San Juan de Dios, porque en los medios de comunicación se indicó que la Junta Directiva, había tomado un acuerdo para que se promoviera la licitación pública, independientemente, de lo que los señores Directores estén pensando, en relación con la priorización o no de esa infraestructura. Le parece que este tema se debería discutir para conocer qué es lo que está sucediendo.

Sobre el particular, señala la Dra. Sáenz Madrigal que en el tema de la Torre del Hospital San Juan de Dios, brindará un pequeño informe, ya que lo que indica la prensa, no es el acuerdo que tomó el Órgano Colegiado y ella lo desmintió, porque esa torre está contemplada en el Portafolio de Proyectos desde el año 2013, en la sección que está pendiente de financiamiento. Aclara que la Institución no ha informado en ese sentido, sin embargo, la prensa lo que quiere que se indique es que ya se asignó el financiamiento para ese proyecto, pero todavía no se cuenta con los recursos. Asegura que la Junta Directiva no ha tomado ninguna decisión en esos términos, porque el proyecto todavía está contenido en el Portafolio de Proyectos, en las mismas condiciones en que estuvo en los años 2013 y 2014 y lo que se aprobó en este año, para los años 2015 y 2016.

El licenciado Gutiérrez Jiménez agradece la aclaración, porque en efecto no recordaba ese punto.

Con las observaciones y lo acordado **se da por aprobada** la agenda para esta sesión.

ARTICULO 3°

Se toma nota de que se pospone la meditación a cargo del Director Alvarado Rivera.

ARTICULO 4°

Se somete a revisión y **se aprueba** el acta de la sesión número 8805.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente de Infraestructura y Tecnologías, arquitecta Gabriela Murillo Jenkins, el ingeniero Jorge Porrás Pacheco, Asesor de la citada Gerencia, y los licenciados José Manuel Zamora Moreira, Director de la Dirección de Tecnologías de Información, y Sergio Paz Morales, funcionario de la Gerencia mencionada.

ARTICULO 5°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-47192-16 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 6°

Se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente N° 19.713, Proyecto modificación del uso como calle pública de un terreno propiedad del Estado y autorización para que sea donado a la Caja Costarricense de Seguro Social*, que se traslada a Junta Directiva por medio de la nota del 3 de noviembre en curso, número P.E.48.057-15, firmada por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia del oficio número CG-209-2015, del 3 de los corrientes, suscrito por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, contenido en el oficio número GIT-46406-2015 (1507-2015), de fecha 5 de noviembre en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En atención al oficio JD-PL-0060-15 de fecha 04 de noviembre de 2015, suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio CG-209-2015 con fecha 03 de noviembre de 2015, suscrito por la licenciada Ericka Ugalde Camacho, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa, mediante el cual remite consulta sobre el texto del proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto para decisión de la estimable Junta Directiva:

I- ANTECEDENTES:

El presente proyecto es una iniciativa de las autoridades administrativas del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, a través del Poder Ejecutivo.

El Hospital, se encuentra ubicado en cuatro fincas inscritas a nombre de la CCSS, sin embargo, el complejo hospitalario se encuentra dividido por la calle pública que lo atraviesa con inicio y fin en la ruta Nacional N° 10, separando su infraestructura en dos alas, lo que significa un problema para la operación del Hospital, en tanto la calle se convierte, de forma permanente en zona de parqueo y tránsito vehicular indiscriminado.

Mediante oficio CG-209-2015 con fecha 03 de noviembre de 2015, suscrito por la licenciada Ericka Ugalde Camacho, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa, se consulta el texto de dicho Proyecto de Ley.

Se solicitó el criterio técnico legal al Lic. David Valverde Méndez, Asesor Legal de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, el cuál emitió en oficio GIT-46405-2015. También se consultó vía correo electrónico el criterio de la Licda. Elizabeth Gutiérrez Mora, Directora Administrativa del nosocomio.

II- CONSIDERACIONES Y ANALISIS:

El proyecto de Ley: El proyecto de Ley consta de 3 artículos: El primer artículo pretende cambiar el uso del terreno, propiedad del Estado, cuyo destino es calle pública, el cual linda con 4 inmuebles de la CCSS en Turrialba. El nuevo destino será calle de acceso exclusiva al Hospital William Allen. El segundo artículo autoriza al Estado a donar este terreno a la CCSS. El tercero delega en la Notaría del Estado la formalización del instrumento público.

Criterio de la Administración: Consultada la Licda. Elizabeth Gutiérrez Mora, Directora Administrativa Financiera del Hospital William Allen, en comunicación del 06 de noviembre de 2015, manifiesta:

“Sobre el particular, paso a informarle que el Hospital William Allen Taylor de Turrialba está ubicado entre fincas debidamente inscritas a nombre de la Caja Costarricense de Seguro Social (como consta en la Exposición de Motivos del Proyecto N°19.713), pero que desde los orígenes se encuentra dividido por una calle pública que separa en dos el Hospital, por lo que unas instalaciones quedaron de un lado del terreno (por ejemplo, consulta externa, lavandería, la morgue, Archivo) y del otro lado los demás edificios (por ejemplo, emergencias, hospitalización, sala de operaciones, entre otros).

La existencia de dicha calle pública que divide el inmueble ha significado un problema de operación del hospital y un riesgo inminente en caso de presentarse una emergencia, sobre todo por el evidente aumento en la flota vehicular que provoca que a ambos lados de la calle se haya convertido en un parqueo permanente que obstaculiza el paso.

Hemos procurado realizar un ordenamiento del tema, con la ayuda de la policía de tránsito local y nuestros oficiales de seguridad, pero los mismos choferes reclaman la libertad de transitar y de parquearse porque es una calle pública, burlando cualquier advertencia u obstrucción que se establezca como control. La situación se agrava porque no existe personal de seguridad, ni interno ni de tránsito, para estar supervisando permanentemente esta situación.

Este trastorno vial en medio del hospital implica que de presentarse situaciones de emergencia, que amerite la entrada y salida urgente de ambulancias, unidades de bomberos, tránsito, policía u otras, se vería limitada esa posibilidad, lo que podría acarrear consecuencias negativas para la salud o la vida de usuarios, funcionarios y visitantes del Hospital. Ya ha ocurrido incidentes similares, por ejemplo, en un conato de incendio a finales de 2014, la unidad de bomberos no pudo ingresar de inmediato al hospital porque habían vehículos a ambos lados de la vía que le obstruían el paso. También, a inicios de 2015 en una salida de ambulancia que iba con un traslado

urgente hacia San José, no podía salir del hospital por obstrucción en la vía y se tuvo que llamar al tránsito para que la despejara, con el riesgo que eso implicó para la vida del paciente, que por cierto era un niño.

Agréguese a este aspecto que en el trayecto de esa calle pública existe un hidrante, el cual se ha tratado de proteger con dispositivos especiales para evitar que los vehículos parqueen en el lugar, pero los choferes quitan los dispositivos y se ubican frente al mismo, lo cual impediría su uso en caso de una emergencia, siendo nuevamente insuficientes los controles que puedan evitar esa situación.

Adicionalmente, se debe mencionar que parte del problema es que el caos vial que se vive provoca que los vehículos pesado que vienen a abastecer al hospital de diferentes insumos (gases medicinales, abarrotes, medicamentos, ropa hospitalaria, etc.) tengan problemas para maniobrar, creando constantemente presas que en oportunidades hacen filas de vehículos que llegan hasta la carretera principal (Ruta Nacional N°10), generando embotellamientos en medio del nosocomio y los consecuentes factores de riesgos en caso de que se requiera movilizar con urgencia vehículos como ambulancias, bomberos, tránsito, policía, etc.

Por otra parte, tenemos el problema de la proliferación de vendedores informales, que fijan sus negocios a la orilla de la calle y en las aceras, sin que las autoridades del hospital puedan ejercer ningún tipo de control o restricción sobre ellos, por ser espacio público. Esto genera más desorden vial porque consume parte del espacio de la calle, así como contaminación visual por la proliferación de este tipo de negocios. Las gestiones con la Municipalidad de Turrialba dirigidas a resolver el problema, no ha dado ningún resultado, en parte por la falta de recursos humanos para el control de esa actividad.

En definitiva, los problemas de gestión que esto ha provocado y el riesgo que implica, han llegado a niveles importantes e intolerables para las autoridades del hospital, debido a que pone en peligro la salud y la vida de pacientes y visitantes e impide la adecuada operación de los servicios de salud.

Algunas ilustraciones de la situación se pueden apreciar en las siguientes imágenes:



Nota: Vehículos parqueados a ambos lados de la vía; funcionarios en la calle trasladando materiales, en medio del tránsito vehicular.

Por lo anterior, se considera que la única solución al problema es que mediante Ley de la República la Asamblea Legislativa done el área de calle pública a favor del Hospital, quedando esta como propiedad del nosocomio, por lo que se podría establecer las limitaciones y controles que sean necesario, a fin de garantizar un

adecuado funcionamiento hospitalario, generando mejores condiciones de atención para los usuarios y evitando los riesgos indicados”.

Concluye indicando la Dirección Administrativa del Nosocomio, que el Proyecto de Ley N° 19.713, es beneficioso porque de esa manera tendrá mejores condiciones para brindar los servicios de salud que la Constitución y la Ley le han encomendado, resguardando a los usuarios y funcionarios de eventuales riesgos que se puedan generar en las condiciones actuales de operación, lo que permitiría contar con la potestad de crear y aplicar las restricciones (orden de ingreso, estancia y salida) para la flota vehicular común y que la Administración del nosocomio pueda disponer de ella para la adecuada operación de sus servicios y evitar que se materialicen los riesgos asociados a la obstrucción de la vía.

Criterio Legal: Consultado el Lic. David Valverde, Asesor Legal de esta Gerencia, en oficio GIT-46405-2015, indica:

“Desde el punto de vista legal, no hay ningún inconveniente jurídico para la materialización de la finalidad del proyecto de ley, que pretende la desafectación en el uso del terreno y posterior donación en favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, siendo el proyecto beneficioso para los intereses de esta institución.

El proyecto de ley no roza con la Constitución Política, ni con la Ley Constitutiva de la Caja; tiene una clara finalidad acorde con el interés público y es de absoluto beneficio para la Caja Costarricense de Seguro Social.

Sin embargo, se recomienda precisar los artículos 2 y 3, de la siguiente manera, con la finalidad de evitar ambigüedades:

Artículo 2. *Se autoriza al Estado para que done el bien inmueble descrito en el artículo anterior, a la Caja Costarricense de Seguro Social, cédula jurídica número cuatro – cero cero cero – cero cuatro dos uno cuatro siete (4-000-042147). Se autoriza al Ministro de Salud para que comparezca en representación del Estado a suscribir la respectiva escritura pública.*

Artículo 3. *La Notaría del Estado procederá a formalizar la escritura pública de cambio de uso y donación, y a inscribir lo anterior en el Registro Inmobiliario, sin valor estimado. Su inscripción estará exenta del pago de honorarios y de todo tipo de derechos y timbres.”*

III- CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN:

Con base en el anterior criterio, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías considera que desde el punto de vista legal, el proyecto de ley que se tramita bajo el expediente No. 19.713, no roza con las potestades otorgadas a la Caja en cuanto a su funcionalidad, ni tampoco compromete recursos financieros ni operativos de la Institución; tiene una clara finalidad acorde con el interés público y es de absoluto beneficio para la Caja Costarricense de Seguro Social

En tal sentido, se recomienda a la Junta Directiva externar criterio positivo ante la tramitación de este proyecto de Ley, externando la recomendación de precisar los términos de los artículos 2 y 3 de acuerdo con el criterio legal GIT-46405-2015”.

Por lo tanto y con base en la recomendación de la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, que consta en el referido oficio número GIT-46406-2015, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** externar criterio positivo al Proyecto de Ley Nº 19.713 consultado, y recomienda precisar los términos de los artículos 2 y 3, de acuerdo con el criterio legal visible en la nota número GIT-46405-2015.

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

ARTICULO 7º

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-47192-16 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 8º

Se toma nota de que la señora Presidenta Ejecutiva ha distribuido los informes que se detallan y cuyos oficios han sido suscritos por ella:

- a) Nº P.E.-31.527-15, de fecha 17 de junio del año 2015: informe en cuanto a las actividades realizadas en el marco del viaje a España y Bruselas: participación en el EU-LAC Health Conference.
- b) Nº 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.
- c) Oficio Nº P.E.-47.905-15, de 20 de octubre del año 2015: informe respecto de las actividades realizadas en el marco del viaje a Honduras: XXXI Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD).

ARTICULO 9º

Se tiene a la vista el oficio Nº P.E.-47.719-15, de fecha 30 de setiembre del año 2015, que en adelante se transcribe, en lo conducente, y firma la señora Presidenta Ejecutiva:

“Me permito exponer a su consideración lo siguiente en atención al acuerdo del Art 9 de la sesión Nº 8798, el cual fue delegado a la Presidencia Ejecutiva, y que indica: “Analizar la solicitud de nombramiento de representante de Junta Directiva ante el Consejo Editorial de la EDNASSS (Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social)”

a. Marco normativo

El artículo 6 del Manual de Organización de la Editorial Nacional de Salud, de la Caja Costarricense de Seguro Social establece:

“... Artículo 6°

El Consejo Editorial estará integrado por los siguientes miembros:

*a.- **Un representante de la Junta Directiva** de la Institución ...”*

(El resaltado no es del original)

b. Antecedentes

- **3 de setiembre de 2015** la Junta Directiva conoce el oficio número DJ-01593-2015, con criterio sobre la solicitud de la Directora Ejecutiva del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) para el nombramiento de representante de Junta Directiva ante el Consejo Editorial de la EDNASSS (Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social).
- **3 de setiembre de 2015** en el Art. 9 de la Sesión 8798, la Junta Directiva encargó a la Presidencia Ejecutiva analizar la solicitud de nombramiento de representante de Junta Directiva ante el Consejo Editorial de la EDNASSS (Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social).
- **18 de setiembre de 2015**, en respuesta a consultas realizadas por la Presidencia Ejecutiva la Licda. Irene Cubillo, brinda por vía electrónica la siguiente descripción de las implicaciones y la carga de trabajo que recae sobre un miembro del Consejo Editorial:
 - El Consejo se reúne aproximadamente cada tres meses. Durante el año 2014 se sostuvieron en total 4 reuniones y en el 2015 se han sostenido 2.
 - Al año EDNASSS realiza en promedio 6 publicaciones, entre las cuales se encuentran libros para la venta y material de apoyo para diversas unidades. Por lo general, las reuniones se realizan un miércoles o un viernes en la mañana, en las instalaciones de BINASSS (ubicada en Paseo Colón, entre el Hospital San Juan de Dios y el Nacional de Niños), y tienen una duración aproximada de 2 horas (máximo 3 horas).
 - Es importante contar con un representante de la Junta Directiva, porque esto permite que las decisiones que allí se tomen estén respaldadas por el máximo ente de la institución, y a la vez, se encuentren acorde con las prioridades y objetivos institucionales.
 - Las funciones básicas del Consejo, que giran en torno a la aprobación o rechazo de las solicitudes de publicación, los precios de los libros y la promoción y venta de estos (incluyendo el estudio de los movimientos de venta de cada publicación).
 - En el caso de las publicaciones, estas se rigen por una Política Editorial recientemente aprobada por dicho Consejo.
 - El Consejo Editorial está conformado por un equipo multidisciplinario
 - La constitución y el funcionamiento de este Consejo se basan en el Manual de Organización vigente.

c. Análisis

Para esta Presidencia Ejecutiva, en tanto el artículo 6 del Manual de Organización de la Editorial Nacional de Salud, establece en la conformación de dicho órgano, la participación de un “representante de la Junta Directiva”, no restringiendo por ejemplo a que sea un “miembro de Junta Directiva”, es facultad plena del Órgano Colegiado seleccionar a la persona que le represente, pudiendo entonces hacerlo de entre sus miembros o bien de otras personas que se consideren aptas para ejercer las funciones que el manual establece al Consejo Editorial. Adicionalmente, es oportuno recordar que el criterio de la Dirección Jurídica DJ-01593-2015 señala que:

“...los miembros del Consejo Editorial de la EDNASSS, son nombrados por períodos de 02 años, incluso el que representa a la Junta Directiva, sin embargo, el artículo 08 del mismo Manual establece también de manera general, la posibilidad de que los miembros de dicho Consejo puedan ser sustituidos del mismo modo en que fueron nombrados...”

El mismo criterio recomienda:

”Que con sustento en el artículo 08 del Manual de Organización de la Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, autorice el cese del señor Oscar Fallas Camacho, como representante de la Junta Directiva institucional en el Consejo Editorial, de la Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, EDNASSS. Así mismo, que proceda dentro del marco de sus competencias, a nombrar uno de sus funcionarios como nuevo representante ante el Consejo Editorial mencionado.”

Así habiendo sido sometido el tema a consulta de los miembros de Junta Directiva, en la sesión del pasado tres de setiembre, y habiendo recibido la manifestación única y expresa del Director Alvarado Rivera, de ser parte de dicha instancia, se somete consideración la siguiente propuesta de acuerdo”,

y por lo expuesto, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** autorizar el cese del nombramiento del Director Oscar Fallas Camacho como representante de la Junta Directiva ante el Consejo Editorial de la Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS); esto con fundamento en el artículo 8° del Manual de Organización de la Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. En su lugar, se procede a nombrar al licenciado Renato Alvarado Rivera como nuevo representante ante el Consejo Editorial indicado.

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

ARTICULO 10°

Se toma nota de que se distribuye para su estudio y conocimiento en la sesión del 19 de noviembre en curso, el oficio N° GL-17.275-15, de fecha 27 de octubre del año 2015, firmado por la Gerente de Logística, por medio del que se atiende lo resuelto en el artículo 8° de la sesión

N° 8780 del 28 de octubre del año en curso, y se presenta el informe en relación con las compras de Vacuna Neumocócica Conjugada 13-Valente.

ARTICULO 11°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-47192-16 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 12°

“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-47192-16 el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”

ARTICULO 13°

Se presenta el oficio N° GM-SJD-39274-2015, de fecha 10 de noviembre del año 2015, firmado por la Gerente Médico, que se relaciona con la visita del Dr. Eduardo Da Cruz Dos Santos, Jefe del Programa de Cuidado Crítico Cardíaco y Director de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos (CICU) y de la hospitalización en Cardiología Pediátrica (CPCU) del Instituto del Corazón (IC) del Children’s Hospital Colorado (CHCO), dentro del marco del Proyecto de cooperación internacional para el Programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños; Informe del Proyecto de Cooperación Internacional para el Programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños.

La exposición está a cargo de la doctora Arguedas Arguedas, con el apoyo de las siguientes láminas:

D)



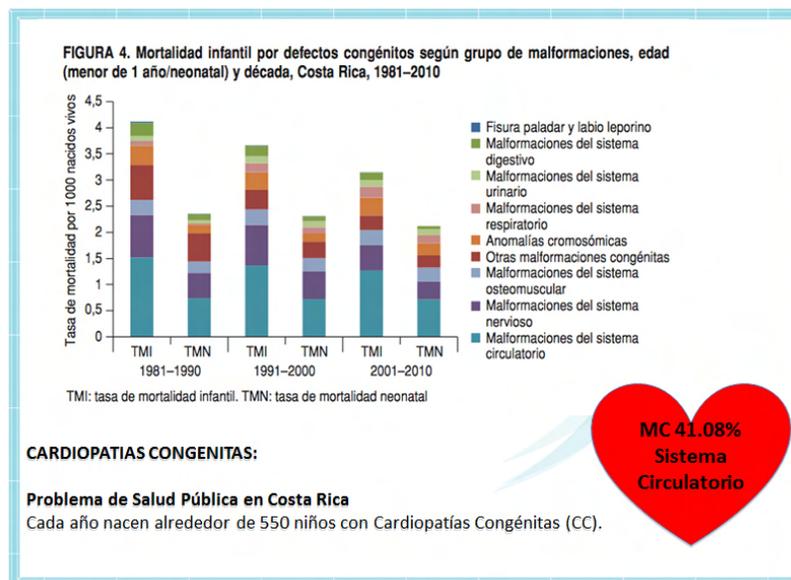
II)



III)



IV)



V)




Panorama Institucional

- HNN: oferta única para corrección de CC
 - 30% de las CC requieren cirugía en el primer año de vida
 - 15 % de las CC requieren cirugía neonatal de emergencia
- Desenlaces desfavorables en los niños con CC, problemas serios de clima organizacional, gran exposición mediática
- 2010 al 2014: Dos unidades de cuidado crítico separadas (UCI y UC)



VI)




Abordaje inicial



Informe de Auditoría
AGO-RS-127-2014





Proyecto de Calidad Colegado
Acuerdo 20 Artículo 14
Sesión 8728
Agosto 2014





SITUACIONES DETECTADAS:
Calidad de cuidado post-operatorio
Áreas físicas
Complicaciones
Estancia hospitalaria
Lista de espera
Clima organizacional
Abordaje médico
Sistemas de Información



VII)




Recomendaciones Informe Auditoría CCSS AGO-RS-127-2014

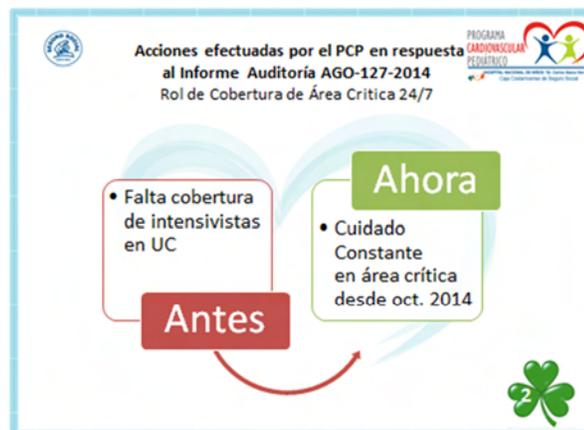
1. Conformación Comisión Técnica Especializada (CTE) (9 funciones)
2. Viabilidad de política Institucional de Detección Precoz de CC
3. Sistema de información confiable
4. Plan de Capacitación y formación
5. Estudio Técnico de prefactibilidad de infraestructura y equipo
6. Valoración oferta para mejoras de infraestructura

VIII)

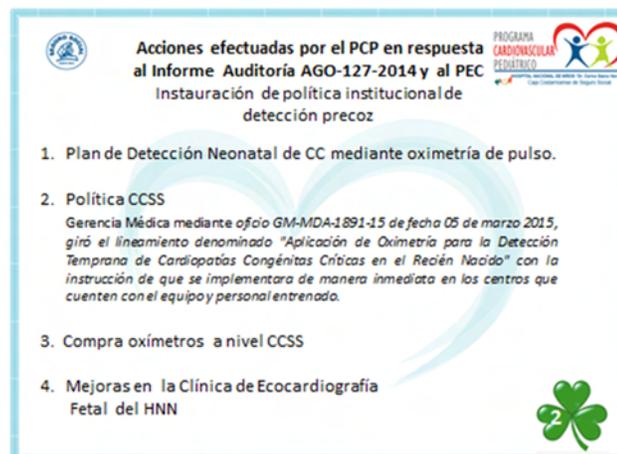


IX) Presente: situación actual.

X)



XI)

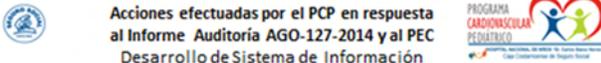


XII)

Acciones efectuadas por el PCP en respuesta al Informe Auditoría AGO-127-2014 y al PEC Desarrollo de Sistema de Información Confiable

PROGRAMA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO

- Creación de Comité de Verificación de Datos en conjunto con Departamento de Estadística de la CCSS.
- Participación en base de datos internacional de IQIC
- Manejo y análisis de datos locales por la CTE-HNN.




XIII)

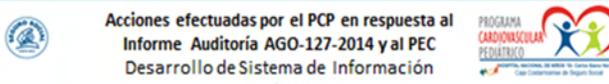
Acciones efectuadas por el PCP en respuesta al Informe Auditoría AGO-127-2014 y al PEC Desarrollo de Sistema de Información Confiable

PROGRAMA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO

- Participación de la CTE conjuntamente con el Área de Estadística de la CCSS en la creación de el Sistema de Egresos Hospitalarios ARCA SIAH.



arca
Integrado de Atención Hospitalaria
Costarricense de Seguro Social

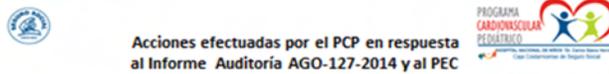



XIV)

Acciones efectuadas por el PCP en respuesta al Informe Auditoría AGO-127-2014 y al PEC Plan de Capacitación y Formación

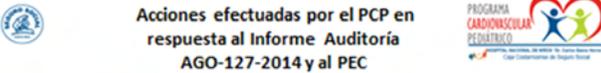
PROGRAMA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO

- Anteproyecto ya discutido en conjunto con CENDEISSS.
- Anteproyecto se trasladó por parte del CENDEISSS a la Gerencia Médica




XV)

Acciones efectuadas por el PCP en respuesta al Informe Auditoría AGO-127-2014 y al PEC
Colaboración Internacional para mejoras de infraestructura

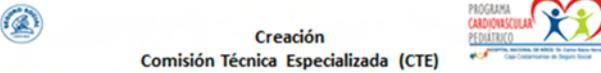



• Proyecto diseñado con apoyo de la DAI y DPSS
 • Propuesta de MK en proceso de análisis jurídico



XVI)

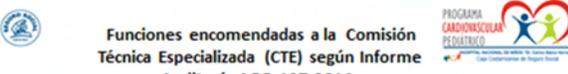
Creación
Comisión Técnica Especializada (CTE)
según Informe Auditoría AGO-127-2014
Fecha de creación: 28 de junio 2014





XVII)

Funciones encomendadas a la Comisión Técnica Especializada (CTE) según Informe Auditoría AGO-127-2014:



1. Plan de contingencia de cirugías realizables y no realizables
2. Estudio de Viabilidad del tipo de programa CV requerido
3. Gestión de Listas de Espera (UTLE)
4. Protocolos de manejo
5. Procedimientos de control de programación de cirugías cardiacas



XVIII)

Funciones encomendadas a la Comisión Técnica Especializada (CTE) según Informe Auditoría AGO-127-2014:

6. Rol de Guardias de coberturas área Crítica 24/7
7. Viabilidad de disponibilidad y dedicación exclusiva cirujano de corazón.
8. Programa de control de calidad.:
 - Infección intrahospitalaria
 - Reintervenciones
 - Autopsias
9. Programas de mejora de clima laboral

XIX)

Acciones efectuadas por la CTE en respuesta al Informe Auditoría AGO-127-2014: Priorización de Listas de Espera

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
CIRUGÍA CARDIACA

Hospital Nacional de Niños
Dr. Carlos Sotelo Herrera

Paciente: 88559 - 1008 CARRERA GABRIEL PRUEBA CUG-HNN Fecha: 15/10/2014 10:53 AM
Médico: 22222 - MEDICO ESPECIALISTA ONCOLOGIA

Respuesta	Puntaje
INDICADORES PARA LA CRISIS	
No se pudo re-intervenir para la cirugía	
No se re-intervino para la cirugía	
No se logró el tiempo para la cirugía o puede esperar	
INDICADORES DE REOPERACIONES	
Logró reoperación completa con indicaciones de reoperación, requirió más cirugía, indicaciones funcionales (sang)	
No logró reoperación completa cirugía pediátrica, indicaciones funcionales (significativas)	
INDICADORES DE REOPERACIONES	
Paciente con más días para su estado y su progreso	
Paciente con más días para su estado para que prograse	
Paciente que tiene estado funcional adecuado para su edad	
INDICADORES DE REOPERACIONES	
Con síntomas de insuficiencia cardíaca, o estado funcional adecuado	
Insuficiencia cardíaca compensada o estado funcional adecuado	
No tiene síntomas	
INDICADORES DE REOPERACIONES RELACIONADAS CON EL TRANSFERENCIA	
El paciente continúa en el estado de la condición que tenía a la hospitalización	
El paciente con la condición para su condición fue de gravedad moderada o alta (requiere)	
El paciente con la condición para su condición fue de gravedad moderada o alta (requiere)	
El paciente con la condición para su condición fue de gravedad moderada o alta (requiere)	
El paciente con la condición para su condición fue de gravedad moderada o alta (requiere)	
INDICADORES DE REOPERACIONES	
Condición de riesgo controlada y controlada	
En riesgo control	
Condición de riesgo controlada y controlada	
Calificación	10

XX)

Acciones efectuadas por la CTE en respuesta al Informe Auditoría AGO-127-2014: Priorización semanal listas de espera

LISTA DE ESPERA DE EMERGENCIAS DE LOS HOSPITALES NACIONALES DE NIÑOS
PACIENTES EN LISTA PARA CIRUGIA DE EMERGENCIA PROGRAMA CARDIOVASCULAR PEDIATRICO HNN

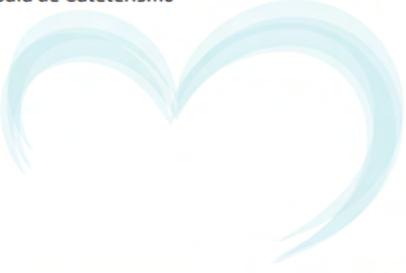
EXPEDIENTE	NOMBRE	SERVICIO	DIAGNOSTICO	CIRUGIA PROPUESTA	CARDIOLOGO		
		NEURONIA 1	ESTENOSIS DE VENAS PULMONARES	NEURONECTOMIA IZQUIERDA	FAERRONNAS		
		NEONATOLOGIA (CAMA 15)	COARCTACION DE LA AORTA	REPARACION DE COARCTACION	CASTRO		
		Neurología	Parosís DC	CABG	1	2	NO
		Neurología de DC, Subárea Neurología	Análisis anatómico de la base de la lengua	CABG	2	2	01002
		Neurología de DC, Subárea Neurología	Distorsión de la aorta	CABG	4	1	01025
		Cardiología	Distorsión de la aorta	CABG	2	1	NO
		Neurología de DC, Subárea Neurología	Distorsión de la aorta	CABG	1	1	01025
		Neurología de DC, Subárea Neurología	Distorsión de la aorta	CABG	1	1	01025

XXI)

Logros obtenidos por el PCP
Avances Servicio de Cardiología

PROGRAMA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO
Unidad de Cardiología y Cirugía Infantil
Hospital General de Niños de Santiago

• Nueva Sala de Cateterismo




XXII)

Resultados PCP
Período Octubre 2014-Setiembre 2015
Lista de Espera Cardiología

PROGRAMA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO
Unidad de Cardiología y Cirugía Infantil
Hospital General de Niños de Santiago

<p>• Año 2014:</p> <p>253 pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 104 CIA • 49 Cate diagnóstico • 38 Intervencionales • 34 Electrofisiología • 28 Stents aórticos y pulmonares 	<p>• Año 2015</p> <p>198 pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 87 CIA • 26 Cate diagnóstico • 54 Intervencionales • 21 Electrofisiología • 10 Stents aórticos y pulmonares
--	--

86% Con anestesia
22% Reducción



XXIII)

**Morbimortalidad Cirugía Cardíaca en dos periodos de tiempo:
Enero a Setiembre 2014 y Octubre 2014 a Setiembre 2015.**

Fuente: Base de Datos Unidad Cardíaca (Dra. Raquel Boza), Base de Datos PCP
Realizado por: Dra. Rocío Porras

Estadísticas Generales

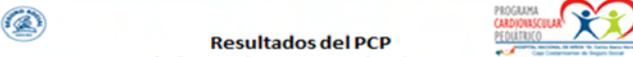
	Enero - Setiembre 2014	Octubre 2014 - Junio 2015
Número de pacientes operados	121	235
Pacientes fallecidos (%)	9 (7.44%)	5 (2.12%)
Estancia UC / UCI		
Promedio / DE	12.5 ± 27.2 d	7.8 ± 11.55 d
Rango	0 - 220 d	0 - 81 d
Mediana	5 d	4 d
Moda	2 d	2 d
Estancia hospitalaria		
Promedio / DE	25 ± 32 d	13.71 ± 12.74 d
Rango	2 - 226 d	0 - 76 d
Mediana	12 d	9 d
Moda	3 d	4 d
Días de VMA		
Promedio / DE	5.3 ± 12.7 d	1.94 ± 6.55 d
Rango	0 - 87 d	0 - 68 d
Mediana	1.5 d	0 d
Moda	1 d	0 d

XXIV)

Resultados del PCP
Período Octubre 2014-Setiembre 2015

PROGRAMA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO
 Hospital de Niños "Dr. Carlos G. Duran" - Buenos Aires
 Cuidado Cardiovascular de Urgencia (CCU)

- Cirugías realizadas: 246
- Pacientes operados: 235
- Edad promedio: 29.2 meses
- Peso promedio: 10.38 kg
- Mortalidad: 2%

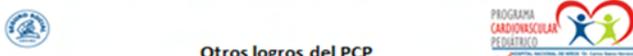



XXV)

Otros logros del PCP

PROGRAMA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO
 Hospital de Niños "Dr. Carlos G. Duran" - Buenos Aires
 Cuidado Cardiovascular de Urgencia (CCU)

- Disminución en las complicaciones post operatorias
- Disminución en el número de re intervenciones
- Estancias menores en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y hospitalaria global
- Estructuración de los procesos de atención en los diferentes servicios

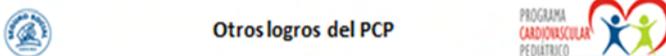



XXVI)

Otros logros del PCP

PROGRAMA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO
 Hospital de Niños "Dr. Carlos G. Duran" - Buenos Aires
 Cuidado Cardiovascular de Urgencia (CCU)

- Aumento en la cantidad de horas asignadas para cateterismo
- Producción de material escrito para los padres
- Inicio de la organización para la transición al hospital de adultos






XXVII)



Resultados
Periodo Octubre 2014-Setiembre 2015
Misiones



Jornada Grupo Johns Hopkins Octubre 2014

Jornada Grupo Southwestern Medical Center Enero 2015

Jornada Heart Trust Enero 2015

Jornada Hospital de Niños de los Ángeles febrero 2015

Jornada Grupo Johns Hopkins Abril 2015

Jornada Heart Trust Junio 2015

Jornada Mending Kids setiembre 2015



XXVIII) AVANCES
 PROYECTO CALIDAD COLORADO.

XXIX)

Programa Cardiovascular Pediátrico- PCP- HNN
Hoja de ruta 2014



NIM 1.

RESOLUCION DE LETRAS DE ESPERA
FORMAS DE PCP
PROGRAMA BANCO NIÑINO NETAL (PNP)
PROGRAMA BANCO ADOLASCENTE/ADULTO CON CC (ACC)

1. Implementación CTE

1. Formulacion y divulgación Plan Estratégico*

2. Implementación programa de salud y seguridad*

3. Desarrollo de comités de salud y seguridad**

4. Desarrollo de Sub-Comités de salud y seguridad**

5. Implementación de equipo de registro de datos del PCP**

6. Implementación de algoritmos clínicos, guías, Consensus, shared info, BSR and CUA, OPA, PRA, PRT, PDM style, Score Cards,*

7. Implementación de la herramienta de priorización de lista de espera*

8. Implementación de las herramientas de información a los padres para consultas ambulatorias, priorización y egreso *

9. Realizar cirugía electiva**

10. Realizar cirugía electiva**

11. Realizar cirugía electiva**

12. Apoyar a médicos quirúrgicos y de enfermería de salud y seguridad**

13. Implementar y actualizar de evidencia para seleccionar intervenciones**

14. Integración del IMC, Emergencia, Pediatría, Trabajo Social al equipo PCP*

15. Aumentar número, educar y empoderar a los enfermeras*

16. Criterios para la admisión de los pacientes**

17. CREACION DE UN SALON DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA*

18. INTEGRACION DE LA UC Y LA UCI*

19. Implementación de sistemas, herramientas y roles informáticos para padres**

20. Realizar de forma de la lesión cardiovascular**

21. Implementación de sistemas educativos de morbilidad y mortalidad**

22. Desarrollo del WebSite**

23. Implementación de Programa Nacional de Detección Temprana en Gemelos**

NIM 2.

RESOLUCION DE LETRAS DE ESPERA
CONSOLIDACION DEL PCP
PROGRAMA NIÑINO NETAL EVANSIADO
PROGRAMA DE ACC EVANSIADO

Reforzamiento de más intervenciones.

Reforzamiento de los protocolos de cirugía, Joiner

Reforzamiento, entrenamiento y empoderamiento de más enfermeras cardiacas.

Reforzamiento del grupo de enfermería. Reenfocar en educación cardiacas.

Terapia de juego

Desarrollo del programa de SCMD

Desarrollo de programa a Gemelos.

Desarrollo de red de Telemedicina.

Continuación de Unidad Cardíaca Integral y Unidad Crías Cardíacas

Desarrollo de un Comité de Atención Materna-Perinatal.

Diagnósticos, pronósticos de CC nacidos en el HND

Desarrollo de comités para ACC

NIM 3.

PROGRAMACION DE PACIENTES EN ESPERA BASADO EN LA EVIDENCIA

DESARROLLO DEL PCP
PNP EVANSIADO 2)
PROGRAMA ACC EVANSIADO 2)

Programa de acompañamiento.

Foro Conferencia de Calidad Cardíaca - Pediatría.

Debería ser por áreas para pacientes cardiacas.

Desarrollo de la plataforma para investigación cardiovascular pediátrica.

Diagnósticos, Tutores centralizados en el HNN, nacidos en la Unidad de Neonatos, Apoyados del HNN.

Diagnósticos con CC nacidos en el HNN

Diagnósticos con CC nacidos en el HND

20. Definición: PCP Programa Cardiovascular Pediátrico, PNP Programa Niño Netal, ACC Programa Adolascete/Adulto con Cardiopatía Congénita, C. Instituto del Corazón, CTE Comisión Técnica Asesora de IMC, Servicio de Unidad Intensiva Neonatal, UC Unidad Cardíaca, UCI Unidad de Unidad Intensiva, SCMD Sistema de monitoreo de exposición intraoperatoria, CC Cardiopatía Congénita.

*: INMEDIATO **: ANTES DE JUNIO 2015 ***: ANTES DE DICIEMBRE 2015

XXX)



FUTURO:
Hacia donde vamos
Fase II Hoja de Ruta



PREVENCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA
CONSOLIDACIÓN DEL PCP
PROGRAMA MATERNO FETAL AVANZADO
PROGRAMA DE AACC AVANZADO

Entrenamiento de más intensivistas.
Refuerzo de la experiencia de cirujanos junior
Reclutamiento, entrenamiento y empoderamiento de más enfermeras cardíacas
Entrenamiento del grupo de enfermería, Enfermera en educación cardíaca
Terapia de juego
Desarrollo del programa de ECMO
Desarrollo de programas a domicilio.
Desarrollo de red de Telemedicina.
Construcción de Área de Cardiología Integral y Cuidado Crítico Cardíaco
Desarrollo de un Comité de Atención Materno-Fetal.
Diagnósticos prenatales de CC naciendo en el HSJD
Desarrollo de comité para AACC



XXXI)



XXXII)



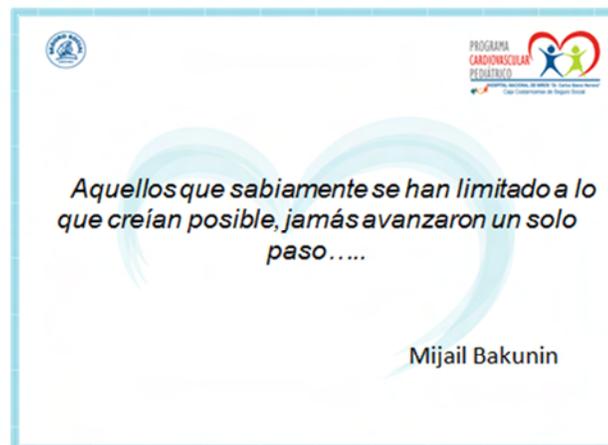
**¿Qué necesitamos
para continuar?**



- Insumos
- Recurso Humano
- Refuerzo económico para abordaje de lista espera para cateterismo intervencional
- Apoyo institucional para reorganización del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular en dos áreas separadas



XXXIII)



Dentro del Programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños, refiere la doctora Arguedas Arguedas que en una perspectiva similar a las presentaciones anteriores, el problema se ha abordado desde tres aspectos y menciona algunos datos del pasado, que no se pueden dejar de señalar. Además, hace una descripción de la situación actual, así como de las acciones futuras que se trabajan para implementar el Programa. De manera muy concreta recuerda que el tema de cardiopatías congénitas en Costa Rica, es un asunto de salud pública, en términos de malformaciones congénitas, porque es la segunda causa de mortalidad infantil en el país y se tienen alrededor de 500 niños que nacen todos los años con esa problemática de corazón. Siendo el Hospital Nacional de Niños, oferta única para la corrección de esas malformaciones y con cierto grado de premura, porque el 30% de esas enfermedades requieren cirugía en el primer año de vida y un 15%, lo requieren en los primeros 28 días de vida. Recuerda que se tuvo una época sumamente difícil y crítica en el tema del Programa Cardiovascular, dado que en el Hospital se tenían desenlaces desfavorables, problemas de clima organizacional y una gran exposición mediática del tema. Recuerda que se había tomado la decisión de dividir la Unidad de Cuidado crítico en una Unidad Cardíaca y en una Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo, los resultados esperados de esa decisión organizacional, no fueron satisfactorios y por esa razón en el año 2014, de manera paralela se dieron dos hechos importantes. Un informe de Auditoría el 127-2014, el cual fue una evaluación muy profunda de la situación del problema y de manera paralela, el inicio de la colaboración con el Dr. Eduardo Da Cruz, Jefe del Instituto Pediátrico del Corazón del Hospital de Niños de Colorado. En ese sentido, se empezó a trabajar, fundamentalmente, en los problemas que se habían reconocido, en mejoras en el cuidado post-operatorio, en las áreas físicas, en tratar de reducir las complicaciones y la estancia hospitalaria. Además, de trabajar en dinamizar y transparentar las listas de espera, mejorar el clima organizacional, el abordaje mediático del tema y fortalecer también los sistemas de información para tener datos más creíbles en este aspecto. De modo que a partir del informe de la Auditoría, el cual contenía seis recomendaciones importantes: a) la conformación de una Comisión Técnica Especializada, b) evaluar la viabilidad de una política nacional de detección precoz de las cardiopatías, c) desarrollar el sistema de información, d) desarrollar un plan de capacitación y formación y e) realizar estudios técnicos y de prefactibilidad, para las mejoras de infraestructura, equipo y área física. De esa manera y de una forma armónica y concordante con el Dr. Eduardo

Da Cruz, se trabajó en un plan estratégico que previamente se había expuesto ante la Junta Directiva y le solicita al Dr. Da Cruz detallar las fases del plan estratégico.

Sobre el particular, el Dr. Da Cruz indica que la fase de transición que es la que se está completando, es quizás la más importante, porque establece las bases sobre las que se está construyendo este proyecto. En ese sentido, en las dos primeras fases se espera un cambio cultural, de la manera que el equipo de trabajo atendiera a los pacientes, para definir los problemas y encontrar las soluciones. En esos términos, reconoce que continúa muy impresionado, por el hecho de que se está determinando ese cambio cultural, porque el proceso inició hace un año y para él, es un marcador de un éxito inevitable para las siguientes fases del programa. Luego, en la fase tres se dedicarán más al desarrollo y al crecimiento de áreas más sofisticadas y el mantenimiento de ciertos niveles de práctica. El objetivo final del programa es que el Hospital Nacional de Niños aporte resuelva el manejo de los pacientes cardiopatas.

Continúa la Dra. Arguedas Arguedas y anota que existieron varias modificaciones que se implementaron desde etapas muy tempranas, siguiendo tanto las recomendaciones de la Auditoría como del Plan Estratégico. Una de las más importantes y se considera que, definitivamente, ha incidido en los resultados, fue la reorganización de los recursos humanos que se tenía en el Área de Cuidado Crítico, con una creación de una única Unidad de Cuidados Intensivos que aumentó la capacidad a 27 camas y, además, que permitió que los niños tuvieran intensivistas presentes de manera constante 24 horas, los siete días a la semana y los 365 días del año. Posteriormente, se trabajó en el hospital con el apoyo de la Gerencia Médica, la Junta Directiva y el Ministerio de Salud, en la implementación de la Norma para la aplicación de oximetría transcutánea, para detección de cardiopatías congénitas. Enfatiza en que ese es un aspecto muy importante y como Institución es un éxito, así como país. Actualmente, en muchas de las maternidades, se encuentran aplicando la oximetría transcutánea, para la detección de cardiopatías congénitas en el primer mes de vida. Destaca que también se trabaja en el Hospital Nacional de Niños, en las mejoras en la detección prenatal, mediante una clínica de ecocardiografía fetal, donde se refieren las madres gestantes, en que se sospecha la existencia de un producto con una cardiopatía congénita. La parte de los datos, es la parte más difícil, es un gran reto, porque es el desarrollo de un Sistema de Información Efectiva. Inicialmente, se trabaja en varias etapas a nivel local y, luego, con el apoyo del Departamento de Estadísticas de la Caja, de manera que están satisfechos porque ya está incorporada la información en el sistema de ARCA y se tiene desarrollado el módulo de cirugía cardiaca, con los módulos de admisión y resultados. Es importante indicar que ha sido un año muy intenso de trabajo, sin embargo, los resultados les produce satisfacción. En la parte de capacitación y formación, de igual forma con la ayuda del doctor Da Cruz, se concluyó el proyecto, mismo que fue evaluado por el CENDEISSS y está en la Gerencia Médica, en espera que se vaya ejecutando en las diferentes etapas y de acuerdo con la necesidad. Referente a las mejoras de infraestructura, se ha trabajado de manera fuerte a lo largo del año con el apoyo de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI) y con la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, en la valoración de una potencial oferta, para la creación de un Área de Cardiología Integral, cuyo objetivo es generar el espacio, para los niños que requieren cuidado intermedio o básico y así agilizar el tránsito por la Unidad de Cuidados Intensivos y poder realizar más cirugías. Ese aspecto todavía está en análisis jurídico por parte de la Institución, pero se tiene que reconocer el apoyo que se recibió, principalmente, de la Dirección Arquitectura e Ingeniería (DAI). Por otra parte, atendiendo la recomendación de la Auditoría, se creó atendiendo la Comisión Técnica Especializada. Hoy se siente muy honrada de que los está

acompañando, el Dr. Javier Brenes y le reconoce que es uno de los elementos cruciales, para el éxito del proyecto, pues es el cirujano que, prácticamente, es el responsable de todos los actos quirúrgicos de esos niños, que se pueden reportar en el último año. Actualmente, la capacidad resolutive que se tiene, es cercana al 100%, existen casos excepcionales que se consideran paliativos y se ha discutido, también, el tipo de programa cardiovascular requerido. Además, se ha trabajado en la gestión de las listas de espera, los protocolos de manejo y en procedimientos, para transparentar el control de la programación de las cirugías cardíacas, para que a ningún usuario le quede alguna duda, sobre la forma como se programan los niños que se someten a una cirugía de corazón. Por otra parte, se ha trabajado en otros aspectos de control y de calidad, como infección intrahospitalaria, reintervenciones, autopsias y se tuvo un apoyo muy importante del Lic. Julio César Rodríguez, funcionario de la Caja, ya que les ayudó mucho, como Psicólogo Laboral en la Unidad de Cuidado Crítico, especialmente, propiciando algunas mejoras en esa zona. Se diseñó una hoja estandarizada, que permite priorizar todos los casos que ingresan al Hospital y, periódicamente, se evalúan para poder categorizar, cual niño se tiene que conducir a la Sala de Operaciones de manera urgente y cual puede esperar. Así como un seguimiento semanal de las listas de espera. Además, todos los viernes la Comisión Técnica Especializada se reúne, revisa la lista de espera, depura, analiza las emergencias y circula el material, a un grupo de personas vinculadas desde diferentes áreas, en el manejo de la situación y se reporta. Además, los pacientes que fueron intervenidos de emergencias durante la semana, porque se debe dar la explicación a quienes fueron desplazados, por esos que ingresaron de emergencia. Se tienen mejoras significativas en muchos aspectos en la sala de cateterismo, la cual fue dotada de equipo nuevo por la Institución, por un monto de alrededor de un millón de dólares, es una sala de cateterismo que ha mejorado mucho la capacidad resolutive. Aunque reconoce que se tienen desafíos importantes, porque la lista de espera para esa intervención, sigue siendo robusta y las necesidades; fundamentalmente, se concentran en la parte de insumos y anestesia, pero tiene seguridad que se seguirá trabajando fuerte en el tema. En el año 2014, se tenían 253 pacientes, mientras que en el año 2015, se redujo la lista en 198 pacientes, representando un 22% pero hay que tener presente que el 86% de los pacientes, requieren de un anestesista y ese es uno de los desafíos, en el que se tienen que concentrar en el año 2016.

Interviene el Director Devandas Brenes y solicita que se explique qué significa el tema que existe en Anestesiólogos.

Al respecto, indica la doctora Arguedas que se tienen 15 Anestesiólogos, usualmente, dedicados a la sala de operaciones, por lo tanto se dificulta tener un espacio de los Anestesiólogos, para que colaboren en procedimientos fuera de sala, cuando el paciente requiere un proceso de sedación, normalmente, es de corto tiempo y se tiene que competir con otras necesidades.

En cuanto a una consulta del doctor Devandas Brenes, anota la doctora Arguedas que se estima que para el año 2016, se espera crecer con dos Anestesiólogos y considera, que se podría mejorar mucho la situación en cardiología intervencional.

Comenta la doctora Villalta Bonilla que le mencionó al Dr. Da Cruz que para el próximo año, se va a renegociar el presupuesto, porque se viene dando un presupuesto histórico y al haberse incrementado la producción, tanto en cirugía cardíaca como en el Área de Hemodinamia, hay que reforzar esas dos partidas. Entonces, se coordinará con el Gerente Financiero, para que el presupuesto aprobado para el año 2016, sean reforzadas esas dos partidas desde el inicio del año.

En este momento se tiene un déficit de cincuenta millones de colones, que se comprometió a gestionar, para que se les dote de esos recursos y terminar al mes de diciembre de este año y empezar en el mes de enero próximo, con las partidas reforzadas para completar los insumos de esas áreas.

La Dra. Arguedas Arguedas le agradece a don Mario Devandas la observación, es importante indicar que es un poco el precio del éxito de la producción, que al aumentarse la detección, obviamente, se eleva el consumo en todas las áreas. Destaca que para el período de enero a setiembre del año 2014, se operaron 121 pacientes de cirugía de corazón y desde el mes de octubre del 2014 al junio del 2015, fueron operados 235 pacientes. Se está en el período precedente con una mortalidad de alrededor de un 7.5%, siendo la mortalidad para treinta días y por cirugía alrededor de un 2%. Enfatiza en que se han logrado aspectos muy importantes, la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos se redujo, prácticamente, a la mitad. En el período precedente, los niños permanecían en esa Unidad alrededor de doce días, por los costos que implica para todo el sistema. En este momento, la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos es de alrededor de una semana y han podido observar algunos milagros, porque pacientes operados por el doctor Brenes, egresan de la Sala de Operaciones entubados y es un aspecto que en lo personal no había llegado a observar, que los niños se recuperan pronto. Por otra parte, la estancia hospitalaria global se ha reducido a menos de la mitad, el período precedente era de 25 días y la estancia en el período actual es de 14 días. Además, los días de ventilación mecánica, también representan una erogación significativa y es de 5.3 días en el período precedente y un 1.9% días en el período actual, no son solo número, sino más aún de complejidad, son pacientes muy pequeños, niños con una edad promedio de alrededor de 2 años, con peso promedio de 10 kilos, corazoncitos con estructuras muy pequeñas y, precisamente, hoy comentaba que este año el doctor Javier Brenes, tiene el récord, porque hizo una cirugía de corazón con un niño de un peso de 800 gramos, la cual se logró desarrollar de manera exitosa y el niño se está bien de salud. Por otra parte, se tiene una disminución importante en las complicaciones post operatorias, lo cual ha incidido que se tienen tiempo de estancias mucho menores, así como una disminución importante en el número de reintervenciones y del manejo de los pacientes en diferentes servicios, porque el paciente cardiópata, no solo se maneja en cardiología ni en la Unidad de Cuidados Intensivos, sino que muchas veces se aborda por el Servicio de Emergencias, otras a través de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, de manera que se ha producido un desarrollo armónico de todos los grupos profesionales involucrados en el manejo. También, se han trabajado algunos detalles que pueden determinarse como menos importantes, pero son trascendentales como es la comunicación con los usuarios, con los padres, con las familias y, en ese sentido, el apoyo del Servicio de Psiquiatría y Psicología, ha sido excelente, porque además, trabajan en la elaboración de material escrito para entregarle a los padres; para cada una de las diferentes malformaciones cardíacas, pero también para mostrar cuales son los cuidados, la preparación que se debe tener el niño que se somete a una cirugía cardíaca. Además, se está iniciando un nuevo proceso que es de la siguiente etapa y se empieza a estrechar vínculos, con los hospitales de adultos que en el futuro van a tener que asumir el cuidado de esos niños, cuando hagan su transición a la vida adulta. Por otro lado, tal y como se habían comprometido con la Junta Directiva, se ha tenido un comportamiento de apertura con las organización de las misiones internacionales, algunas de carácter quirúrgico, otras de cardiología intervencional y con profesionales de primer orden de países del primer mundo. Actualmente, se está en la preparación de hacia dónde se dirige el Hospital, cuál es la ruta por seguir pues, es fundamental trabajar ya en la consolidación de este programa, desarrollar acciones para la prevención del crecimiento de las listas de espera y

trabajar en los dos extremos del programa. Por un lado, el extremo desde la época de la gestación, la detección precoz de las cardiopatías congénitas y, por otro lado, en vista del éxito, se tendrán más niños que van llegarán a ser adultos con una cardiopatía operada y se requiere aprender, como sistema como continuar dando una atención apropiada y calidad de vida a esa persona. Comenta que recuerda un aspecto significativo del año pasado, porque en una de las reuniones con padres de familia, la cual estaba sumamente tensa, cuando se estaban realizando publicaciones del Hospital Nacional de Niños, en los diferentes medios de comunicación, con carácter muy negativo hacia los resultados del Hospital, fue la última reunión se realizó y las reuniones se extendieron alrededor de un mes y ya se respira un ambiente distendido, en este momento, los padres de familia se sienten tranquilos, hacen preguntas y se puede interactuar en equipo, con todos los profesionales a cargo del cuidado de esos niños. Continúa y señala que se requiere el aumento de la producción, pues les lleva algunos crecimientos en insumos, tanto del área quirúrgica como en la parte de cardiología intervencional, así como en recurso humano, al igual en algunos otros aspectos. En cuanto a la lista de cateterismo intervencional, es uno de los aspectos donde también se quiere trabajar muy fuerte en el año 2015, con el fin de que se realice una reorganización, la cual fue una recomendación emitida por el doctor Da Cruz, en cuanto a la forma en que se está organizando el servicio, para que exista atención dedicada a tórax y exclusiva a cirugía de corazón.

Manifiesta el Dr. Da Cruz que el punto clave, fundamental y uno de los elementos más importantes para que se continúe teniendo éxito en este proyecto, es el “experice” que los doctores actualmente tienen, porque son líderes del programa. Cuando se refiere a cirugía cardíaca, hay muy pocos individuos en el Hospital que sean realmente capaces de realizar cirugía de esa naturaleza y le parece fundamental que en un futuro muy cercano. Se puede separar el programa actual de cirugía torácica y cardiovascular, para que el Dr. Brenes, el Dr. Chacón y la Dra. Camacho, puedan tener esa disponibilidad absoluta y total para ocuparse de estos niños y brindar un aspecto fundamental en atención a estos resultados que es la consistencia. Hay programas que funcionan hace muchos años y que están en el segundo percentil en resultados, lo que se denominan los programas tres estrellas, los cuales tienen individuos con exclusividad, aunque no es un tema, necesariamente, por discutir hoy pero es para reflexión. Es una actividad exclusiva, para que haya siempre esa disponibilidad total y absoluta, sin tener que pensar en salir a hacer otras actividades fuera del Hospital.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y pregunta si la exclusividad es quirúrgica, por la concentración en la Sala de Operaciones, el tema es la continuidad en esas salas, así como la concentración de los cirujanos.

Responde el doctor Da Cruz que es así y el líder desempeña un papel que es más subjetivo, que lo que muestran los datos que es esa presencia carismática, que tiene el equipo que se encuentra dando esta consistencia. Lo que mantiene esa relación de respeto a identificar ciertos aspectos de forma potencial y corregir ese tipo de elementos que es lo que hace la diferencia entre un director y un líder.

Aclara la doctora Arguedas Arguedas que el Dr. Da Cruz se refiere a la reorganización del servicio, porque un año después se puede indicar que se tiene un cirujano líder y es el doctor Brenes y dos cirujanos que se dirigen por un buen camino. Hay otro grupo de cirujanos en el Servicio que solo realizan cirugía de tórax, no hacen cirugía de corazón, lo cual genera algún

problema; por ejemplo, cuando se programa una cirugía de corazón y quien queda disponible es un cirujano de tórax, no es el estándar de cuidado que se quiere para esos niños. Ese es un aspecto de mejora, se quiere que el modelo sea similar al que ya existe, como ilustración, en los Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia, donde existe un grupo que trabaja en cirugía cardíaca y otro grupo en todas las cirugías de tórax y no en cirugía cardiovascular.

Por su parte, el Director Fallas Camacho no conoce si, también, a través del Servicio de Enfermería se podría entrenar a esas profesionales, porque así tendrían más vigilancia sobre el paciente. Aunque es una ostentación mantener con dedicación exclusiva y, en ese sentido, le parece que se debe valorar el peso total de esa capacitación, porque es un tema en el que piensa, por ser un punto de vista importante, desde el ámbito financiero. Por otra parte, le parece que ya se tiene considerada la idea del relevo preparado, para efecto de no tener las dificultades, así como el resto de personal de apoyo por capacitar.

Al respecto, indica el Da Cruz que los médicos se envían a capacitación y en tres años plazo, serían capaces de hacer una cirugía muy segura.

El Director Devandas Brenes agradece el informe presentado y manifiesta que le produce satisfacción escuchar un informe de esa naturaleza. Además, de manera respetuosa sugiere que con el apoyo de los comunicadores, se realice una conferencia de prensa y se divulgue esta información, para que los costarricenses tengan conocimiento y permite que la población se sienta más tranquila y apoye más en esta tarea. Por otro lado, pregunta si los Anestesiólogos, en este caso, sería una subespecialidad o es Anestesiólogo Pediátrico.

Responde el doctor Brenes González que primero, se requiere un médico que tenga entrenamiento en anestesia, luego, anestesia Pediátrica y, por último, en cardiovascular, lo cual implica dos años más después de haberse graduado como Anestesiólogo Pediátrico. En total son cuatro años para anestesiólogo, dos más para Anestesiólogo Pediátrico y uno más para cardiovascular.

Señala el Dr. Devandas Brenes que el tema de los anestesiólogos, en general, igual sucede con los radiólogos, les están dando muchas dificultades y le parece importante seguir insistiendo, porque hay catorce en proceso de formación. Le parece que se tiene que incentivar la formación de anestesiólogos en el exterior, de una manera más dinámica porque si la Institución se atiene al ritmo de la formación en el país, cada día se empezarán a acumular problemas graves, solo en el campo de Anestesiología, e igual sucede en el campo de Radiología, porque se tiene un déficit importante. Le parece que es importante tener el cuadro completo, para conocer cuáles son las necesidades. Por otra parte, estima que esta experiencia en un servicio específico, con la Comisión Técnica que recomendó la Auditoría, le pregunta a la Gerente Médica si esta experiencia, se puede duplicar en otros hospitales, porque se les está dando un ejemplo muy exitoso y en otros hospitales, en otros servicios, se tienen problemas muy graves. Además, a la Dra. Arguedas y a la Gerencia Médica les solicita, que en otra oportunidad se rinda un informe del Hospital completo, por ejemplo, que sucede en Neurocirugía para conocer cómo se trabaja en otras áreas y tener una visión más completa del Hospital.

Señala la señora Presidenta Ejecutiva que sin duda alguna, el gran reto de los centros altamente especializados es, precisamente, ir conformando los grupos técnicos interdisciplinarios, porque se

requiere la alta especialización y generar la experiencia, pero además la aplicación, entre más alta sea la especialización, existe más necesidad del trabajo en equipo, porque es como inversamente proporcional y más focalizada la intervención e integrada.

Indica la doctora Villalta Bonilla que si bien es cierto, es un trabajo en equipo y muy exitoso y como se indicó, sería bueno repetir esta experiencia en cirugía cardiovascular en adultos, porque en este momento no se tienen protocolos. De manera que se requiere fortalecer el trabajo en equipo, aunque hayan sido exitosos e igual el otro tema, es la sobrevida, el monitoreo y la definición de indicadores, los cuales se deben tener en adultos y no se tienen definidos. Como los indica la doctora Sáenz Madrigal, el tema es altamente especializado y se requiere de un trabajo de apoyo de especialistas, que se tendría que determinar dentro de los hospitales, para simular y trabajar de la forma que ha trabajado el Hospital Nacional de Niños.

Comenta el Director Gutiérrez Jiménez que, en su momento, esos temas fueron muy difíciles, porque el ícono de la organización de la Institución que era el Hospital Nacional de Niños, se desplomaba y se produjeron ataques de la prensa muy fuertes. Considera que en muchos de los casos injustos, porque se conoció que existía una pugna interna muy marcada, se desarrollaba todo un ambiente para aquellos retractores de ese Hospital y del sistema, con un gran ahínco por hacer daño. En ese sentido, y de la nada se trató de hacer y proyecto y surgió muy exitoso y ordenado, así como muy formal y serio. En ese sentido, se confirma que no es un tema de recursos, que era lo que se ha venido sosteniendo, que cuando se quiere gestionar de manera correcta y con los acompañamientos correctos, en la Institución se pueden lograr el éxito.

Agradece por el apoyo que se les ha dado pero también, quería volver a centrarse en lo que viene, porque el proyecto motiva y da ilusión. Comenta que cuando estaba en la Junta de Salud del Hospital Nacional de Niños, se tenían ciertos matices de esos problemas y observar ese salto cualitativo y se tiene solo tres especialistas, le produce preocupación porque se indica que hasta dentro de tres años se tendrán tres especialistas más, por ejemplo, menciona el caso de una persona que se fue a estudiar a Canadá, tardó ocho años para regresar al país como especialista, venía lleno de ilusiones e inició su labor, la especialidad era en neuropediatría y de pronto lo llamaron de Canadá y le solicitaron que definiera el salario que quería devengar, para que regresara a Canadá y se fue de Costa Rica. Le preocupa porque fue un proceso de desarrollo, el futuro comienza hoy, los anestesiólogos, las enfermeras, los médicos, las personas que están en las Salas de Operaciones, en la administración gestionando, existe todo el concepto. En ese sentido, le parece que se debe apoyar el proceso desde una óptica más agresiva, tanto de parte de la Gerencia Médica como de la Junta Directiva, para no solo se queden en lo pediátrico sino también en el tema de los adultos. Repite, con el informe se confirma que se puede lograr los objetivos y tener éxito en los programas. El problema es que cuando se gestiona bien y se tiene el éxito, la demanda se eleva y cuando se enteran que en pediatría, se trabaja bien se va a querer para los adultos y es lo correcto de hacer, se determina que nuevamente se tiene que contar con tres especialistas y, luego, seis porque posiblemente la necesidad va a ser exponencial. Cuando escucha al doctor Da Cruz indicar y que el especialista esté disponible solo para esas cirugías, le parece que sería la forma correcta de hacerlo, pero mientras tanto que sucede con el resto de los pacientes y si se indica que tiene a los tres especialistas en cirugías de igual naturaleza, cómo se da la consulta externa, en ese sentido, es cuando se determina que el proceso debe ser bien articulado, para lograr gestionar el tema. Ha sostenido que hay que crear especialistas y más especialistas, porque se requiere formarlos para la Institución y para el sector privado, porque

redundará en un momento a satisfacer las necesidades de los habitantes de Costa Rica. Reitera su agradecimiento y considera que con personas tan buenas, como las que se tienen en el sistema, se puede gestionar en forma excelente.

El doctor Da Cruz señala que cuando se hace referencia de consolidación de la fase que viene, se trata de implementar sistemas que permitan resolver la problemática que existe.

Por su parte, el Director Loría Chaves se une a la satisfacción de observar el avance del proyecto y el del Hospital Nacional de Niños en esa materia, porque en un área muy especializada. Considera que el Hospital debe pensar en fortalecer los servicios en otras patologías, para que los niños no tengan que trasladarse, por ejemplo, de la frontera y de otros lugares, para que otras enfermedades se puedan atender en la región, lo cual sería muy importante. Comenta que ha leído que en algunos documentos se indica que Costa Rica, es uno de los países donde gran cantidad de niños nacen con problemas congénitos y pregunta qué se puede hacer para que esa situación se reduzca.

Señala la doctora Arguedas Arguedas que la pregunta es muy interesante y por supuesto, el abordaje preventivo es significativo. Sin embargo, una de las razones porque la patología compleja está ocupando proporciones tan importantes en mortalidad y morbilidad infantil, se debe a que lo sencillo ya se resolvió, porque los niños costarricenses ya no fallecen por causas infecciosas, ni por enfermedades prevenibles por vacunación, ni parásitos, entre otras. El tema es que las malformaciones congénitas adquiere mayor relevancia, además, existe otro fenómeno que en Costa Rica, ya se tiene ese comportamiento demográfico y es que las malformaciones congénitas en general, tienden a determinarse en las mujeres gestantes, en los extremos de la vida fértil, es decir, madres adolescentes y añosas, justamente, ese es el patrón de fertilidad que está adoptando nuestro país, que muchas de las madres de estos niños son muy jóvenes o señoras que en determinada edad, no se hubiera esperado la fertilidad, ese aspecto se mejora con educación en cuanto al momento ideal para que una mujer se embarace. Es importante señalar que esta es una de las causas y son factores multifactoriales, porque existen causas que aún no se conocen, se especula, que es exposición a tóxico, por ejemplo, y a ciertos agentes infecciosos, los cuales pueden predisponer a estos tipos de malformaciones. Además, la coexistencia con otras cromosopatías, pero el tema de malformaciones congénitas es un tema muy complejo, donde aún no se conocen muchos de los aspectos.

Abona el Dr. Da Cruz que la incidencia de cardiopatía congénita de malformaciones en Costa Rica, no es diferente a la incidencia con otros países del mundo. Si se analizan los datos de la Organización Mundial de la Salud, es exactamente lo mismo. De forma que la carga congénita se relaciona con ciertas anomalías específicas del corazón. En ocasiones se pueden identificar los niños que tienen que nacer, que la maternidad esté cerca de esos tres niños y que se puedan atender desde el momento en que nacen, porque muchos de esos niños, pueden tener un pronóstico reservado, por la manera en que transicionaron desde el momento en que nacieron hasta que exista alguna intervención y, finalmente, hacer algunas intervenciones fetales. Porque hay algunas cardiopatías congénitas que evolucionan y que se pueden controlar antes de que el niño nazca, por ese medio. Es un poco a futuro porque sería a 50 años plazo y el niño costarricense, merece exactamente el mismo trato que se da en el mejor centro hospitalario del mundo y no existe justificación para no intentarlo.

La señora Presidenta Ejecutiva le agradece tanto al doctor Da Cruz como al Hospital Nacional de Niños, así como al doctor Brenes, a los intensivistas, a las enfermeras, a la Gerencia Médica y a todo el equipo que ha hecho lo posible, para que la situación de ese Hospital se vaya solucionando. Considera que al dar un paso en salud, se indica que es prisionero de los propios éxitos, y cuando se logra un objetivo, se alcanza el éxito pero el proceso nunca termina. La Auditoría fue fundamental al señalar los aspectos medulares del programa, pero sin duda, la seriedad con que los funcionarios de Hospital asumieron el proyecto, es de felicitarlos. Al doctor Brenes por su dedicación, por ser el líder de ese grupo quirúrgico y porque realmente, como indica el doctor Da Cruz, les está enseñando como abordar esos temas, porque son altamente especializados. Sin embargo, sin estar tan estructurado el proyecto como este, se ha dado ciertos pasos con el tema de trasplantes porque, en este sentido, se ha aprovechado esa experiencia para llevarlo al tema de trasplantes y comenta que ya se logró que se hiciera un trasplante de hígado en el Hospital Nacional de Niños, con trabajo interinstitucional y con los funcionarios del Hospital México.

Finalmente, se toma nota del citado oficio que seguidamente se cita y de la presentación que consta en párrafos precedentes, N° GM-SJD-39274-2015, de fecha 10 de noviembre del año 2015, firmado por la Gerente Médico que, en lo conducente, a la letra se lee así:

“RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica presenta ante la Junta Directiva el Informe del Proyecto de Cooperación Internacional para el Programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños, según el oficio DG-HNN-2095-15 de fecha 10 de noviembre del 2015, suscrito por la Dra. Olga Arguedas Arguedas, Directora General de dicho centro hospitalario y con la visita del Dr. Eduardo Da Cruz, Jefe del Programa de Cuidado Crítico Cardíaco y Director de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos del Instituto del Corazón del Children’s Hospital Colorado, que a la letra indica:

“Antecedentes.

Cada año nacen en el mundo aproximadamente un millón de niños con cardiopatías congénitas, el 90% de ellos no tiene acceso a cuidado médico apropiado, por lo que el reto actual es el de no sólo promover el acceso básico al cuidado cardíaco como lo hacen los países subdesarrollados, sino más bien descender la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los niños con cardiopatías congénitas como se efectúa en países de primer mundo.

En Costa Rica, la segunda causa de mortalidad infantil las constituyen las malformaciones congénitas, y dentro de ella se incluyen a las malformaciones de corazón, que representan un 40%. Además, nacen cada año aproximadamente 550 niños con malformaciones congénitas, de las que un 30% requieren corrección en el primer año de vida, y 15% lo ameritan antes del primer mes de edad.

Como única oferta resolutive a nivel nacional, en un inicio se contó con el programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños, mismo que enfrentó, pese a los esfuerzos realizados a través del tiempo, diferentes situaciones que no le permitieron alcanzar los resultados ideales de primer mundo. Entre la situaciones detectadas previamente se mencionan: dificultades para el cuidado post-operatorio, área física limitada, complicaciones frecuentes, estancia hospitalaria

prolongada, lista de espera larga, clima organizacional adverso e inconsistencias en el sistemas de información; lo cual fue evidenciado mediante el Informe de Auditoría AGO-127-2014 “Evaluación del Programa de Cirugía Cardíaca Pediátrica del Hospital Nacional de Niños”.

Ante la necesidad de fortalecer el modelo, el Hospital Nacional de Niños presentó la “Propuesta de Cooperación con el Instituto Pediátrico del Corazón del Hospital de Niños de Colorado”, la cual fue aprobada mediante acuerdo de Junta Directiva, artículo 14, sesión 8728, del 26 de agosto 2014.

Junto con el Dr. Eduardo Da Cruz, Jefe del Programa de Cuidado Crítico Cardíaco y Director de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiacos del Instituto del Corazón del Children’s Hospital Colorado, se emprendió el “Proyecto Fortalecimiento de la Calidad del Programa Cardiovascular Pediátrico (PCP)”, el cual ha permitido la integración y alineamiento de los recursos locales articulada con la colaboración de varios hospitales con reconocimiento mundial.

Como parte del proyecto se elaboró el “Plan estratégico para el fortalecimiento del PCP”, cuyos principales pilares son:

Pilar A: Resolución de la lista de espera y establecimiento de un sistema efectivo para la programación de pacientes.

Pilar B: Reformas al PCP, para hacerlo altamente seguro y efectivo, inspirado en una cultura de excelencia.

Pilar C: Implementación de programa cardiovascular materno-fetal y programa de adolescentes/adultos con cardiopatías congénitas.

Dicho plan contempla además, 3 fases de implementación, a saber:

- ***Fase 1:*** *Transición y Reestructuración PCP*

Inicio: Octubre 2014. Fin: Diciembre 2015. Duración: 1 año.

- ***Fase 2:*** *Consolidación del PCP.*

Inicio: Enero 2016. Fin: Diciembre 2017. Duración: 2 años

- ***Fase 3:*** *Desarrollo y Crecimiento del PCP.*

Inicio: Enero 2018. Fin: Diciembre 2022. Duración: 5 años.

Situación Actual del PCP:

De acuerdo a lo recomendado en el Informe de Auditoría AGO-127-2014, se creó la Comisión Técnica Especializada (CTE), a la que se le encomendaron varias funciones, a partir de cuya ejecución se han concretado los siguientes logros:

1. *Priorización de Listas de Espera: para ello se creó un instrumento electrónico de priorización con fundamento en criterios clínicos, que permite categorizar a los pacientes*

según su nivel de urgencia quirúrgica y manejar con fundamento en dichos criterios la programación de las cirugías.

2. *Priorización semanal listas de espera: el instrumento electrónico de priorización es actualizado semanalmente y enviado por vía electrónica a los jefes involucrados en el Programa Cardiovascular Pediátrico.*
3. *Rol de Cobertura de Área Crítica 24/7: Cuidado Constante en área crítica desde oct. 2014, mediante una fusión y reorganización de áreas.*
4. *Viabilidad de política institucional de detección precoz: la Dirección General de este centro ha brindado el apoyo necesario para que la política institucional de detección de las cardiopatías sea hoy una realidad, ya que se formuló el Plan de Detección Neonatal de cardiopatías congénitas mediante oximetría de pulso.*

Por su lado, la Gerencia Médica mediante oficio GM-MDA-1891-15 de fecha 05 de marzo 2015, giró el lineamiento denominado "Aplicación de Oximetría para la Detección Temprana de Cardiopatías Congénitas Críticas en el Recién Nacido" con la instrucción de que se implementara de manera inmediata en los centros que cuenten con el equipo y personal entrenado. Además, se tramita la compra de oxímetros a nivel institucional.

La Clínica de Ecocardiografía Fetal del HNN ha mejorado entrenamiento de especialistas y cuenta con 3 cardiólogos asignados.

5. *Desarrollo de Sistema de Información Confiable: para efectuarlo se realizaron las siguientes acciones:*
 - *Creación de Comité de Verificación de Datos en Conjunto con el Área de Estadística de la CCSS.*
 - *Otorgamiento de recursos para implementación de nuevo sistema de información en el HNN.*
 - *Participación en base de datos internacional de IQIC*
 - *Manejo y análisis de datos locales por la CTE-HNN.*
 - *Participación de la CTE conjuntamente con el Área de Estadística de la CCSS en la creación de el Sistema de Egresos Hospitalarios ARCA SIAH, el cual ha sido ya debidamente instalado en nuestro centro y que su uso inició a partir del lunes 28 de setiembre 2015. Esta plataforma tecnológica permitirá continuar con la etapa siguiente que es la implementación del sistema de información específico para el Programa Cardiovascular.*
6. *Plan de Capacitación y Formación: el anteproyecto ya fue discutido en conjunto con CENDEISSS, y se trasladó por parte de dicha instancia a la Gerencia Médica (pendiente aprobación Institucional).*

7. Colaboración con Mending Kids: las acciones efectuadas son las siguientes:
- Plan por etapas diseñado con apoyo de la DAI
 - Propuesta de Mending Kids en proceso de análisis por autoridades Institucionales
 - Colaboración con el HNN en Cardiología Intervencional.

Logros obtenidos por el PCP:

Avances Servicio de Cardiología.

1. Nueva sala de Cateterismo
2. Soporte continuo en sala de operaciones
3. Adquisición de una máquina nueva de Ecocardiografía para la sala de cateterismo
4. Jornadas internacionales intervencionales
5. Reunión periódicas con los padres de familia
6. Organizacional:
 - a. Reuniones semanales
 - b. Listas de chequeo y protocolos

Avances en Enfermería.

Dichos avances contemplan los servicios UCI, Perfusión y Sala Operaciones:

- Revisión y divulgación de bundles para prevención de infecciones relacionadas a :
 - ventilación mecánica
 - catéter venoso central
 - catéter urinario
- Aplicación del check-list preoperatorio y de preparación de la unidad del paciente.
- Designación de una enfermera en Perfusión y un enfermero en el Programa de Enfermería de Cirugía Cardiovascular en forma permanente.
- Capacitación de enfermeras en Sala de Hemodinamia
- Designación de dos profesionales de enfermería quirúrgica fijos en las cirugías cardiacas.
- Mejoramiento en el seguimiento de insumos en SOP
- Uso de una única mesa en SOP durante la instrumentación de la cirugía cardiaca, lo que permite mayor orden y mejor seguimiento del proceso.
- Implementación y aplicación de los instrumentos de recolección de datos pre y post circulación extracorpórea y el check list de seguridad

Otros Logros del PCP.

- Mejora significativa en el trabajo en equipo
- Aumento en el número de cirugías realizadas
- Disminución de los tiempos muertos entre una y otra cirugía en la salas de operaciones
- Disminución en las complicaciones post operatorias

- *Disminución en la mortalidad 30 días post operado*
- *Disminución en el número de reintervenciones quirúrgicas*
- *Estancias menores en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y estancia hospitalaria*
- *Educación continua del personal de la UCI (médicos y enfermeras) en manejo de pacientes con patologías cardiovasculares*
- *Se ha estructurado la forma de atención en los diferentes servicios*
- *Reducción en lista de espera de cirugía cardíaca y de cateterismo cardíaco*
- *Reuniones periódicas con los padres de familia*
- *Aumento en la cantidad de horas asignadas en SOP para cateterismo*

Resultados del PCP.

La estadística incluye el Período comprendido entre Octubre del año 2014 a Setiembre del 2015.

- ***Cirugías realizadas:*** 246 cirugías
- ***Pacientes operados:*** 235 pacientes
- ***Edad promedio:*** 29.2 meses
- ***Peso promedio:*** 10.38 kg
- ***Estancia postoperatoria en UCI:*** 7.8 días
- ***Lista de Espera QX (Set 15):*** 233 pacientes
- ***Lista de Espera Cardiología:***

Año 2014:

253 pacientes

- *104 CIA.*
- *49 Cate diagnóstico*
- *38 Intervencionales.*
- *34 Elelectrofisiología.*
- *28 Stents aórticos y pulmonares.*

Año 2015

198 pacientes

- 87 CIA.
 - 26 Cate diagnóstico.
 - 54 Intervencionales.
 - 21 Electrofisiología.
 - 10 Stents aórticos y pulmonares.
- **Mortalidad:**
*No se operaron casos con clasificación STAT 5.
Mortalidad en comparación con Europa y USA es similar (2%).*

- **Complicaciones:**

Se utilizan 6 indicadores internacionales:

- *Soporte circulatorio: no disponible*
Síndrome de bajo gasto: 3
PCR: 2
- *Bloqueo AV que requiere marcapaso permanente: 1*
- *Parálisis diafragmática: 0*
- *Insuficiencia renal aguda que requiere diálisis: 4*
- *Complicaciones neurológicas que persisten al egreso hospitalario: 2*
- *Reintervenciones quirúrgicas no planeadas: 8*

- **Misiones Internacionales recibidas:**

Jornada Grupo Johns Hopkins, Octubre 2014

Visita de reconocimiento y reuniones de planificación para futuras visitas

Jornada Grupo Southwestern Medical Center, Enero 2015

Cantidad de pacientes operados 7

Jornada Heart Trust, Enero 2015

Cantidad de pacientes operados 10

Jornada Hospital de Niños de los Ángeles, Febrero 2015

Cantidad de pacientes operados: 7 Cardiología intervencional.

Jornada Grupo Johns Hopkins, Abril 2015

Cantidad de pacientes operados 3

Jornada Heart Trust, Junio 2015

Cantidad de pacientes operados: 4 Cirugía Cardiovascular y 8 Electrofisiología.

Jornada Mending Kids, Setiembre 2015
Jornada de cardiología Intervencional: 8 pacientes

- **Visitas:**

Durante los días 3, 4 y 5 de marzo del año en curso se contó con la visita del Dr. Eduardo Da Cruz, Jefe del Programa de Cuidado Crítico Cardíaco y Director de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos del Instituto del Corazón del Children's Hospital Colorado, en la que se dio seguimiento al Plan del Programa de Cirugía Cardiovascular; lo anterior se logró mediante la realización de diferentes sesiones de trabajo con el personal del HNN, reunión con personeros del CENDEISSS y una rendición de cuentas del programa ante la Junta Directiva.

Posteriormente, el 13 y 14 de agosto del año en curso, se contó nuevamente con la visita del Dr. Eduardo Da Cruz, actividad durante la cual se realizaron diferentes actividades de seguimiento con el personal de los servicios que apoyan el Programa Cardiovascular Pediátrico (PCP), así como con otras instancias externas

Avances Proyecto Calidad Colorado.

La FASE I de la Hoja de ruta 2014, Plan Estratégico PCP, contempla un total de 23 acciones.

De esas acciones se han logrado implementar un total de 10 acciones.

Se han logrado avances en 12 acciones de la Fase I; sin embargo, aún no se completan (continúan en proceso)

Aún existe una acción pendiente a pesar de que se han realizado esfuerzos para cumplirla (Acción 17. CREACIÓN DE UN SALÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA).

Futuro: Proyecto Calidad Colorado

La implementación de las FASES II y III de la Hoja de ruta 2014, Plan Estratégico PCP, son las que determinan el futuro del PCP.””

RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO

La Gerencia Médica, una vez presentado el Informe del Proyecto de Cooperación Internacional para el Programa de Cirugía Cardíaca del Hospital Nacional de Niños, recomienda a la Junta Directiva, dar por recibido el Informe presentado por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-39274-2015 de fecha 10 de noviembre del 2015”.

Se retiran del salón de sesiones el doctor Da Cruz Dos Santos, la doctora Arguedas Arguedas y el doctor Javier Brenes González.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Directora; Dominicque Guillén Femenías, funcionaria del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y el licenciado Michael Alfaro Jara, funcionario del CENDEISSS.

ARTICULO 14°

Se presenta el oficio N° GM-SJD-38424-2015, de fecha 09 de noviembre del año 2015, que suscribe la Gerente Médico y mediante el que se presenta el *Estudio de “Criterios para determinar la capacidad instalada en los posgrados médicos de las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología y Recuperación en las unidades docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social”*.

La presentación está a cargo de la doctora Rodríguez Ocampo, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)

2) **Objetivo:**

Determinar la capacidad instalada para la asignación y distribución de los espacios docentes de médicos especialistas en la Caja Costarricense de Seguro Social.

En esta primera etapa, se analizarán las siguientes especialidades médicas:

- *Anestesiología y Recuperación*
- *Cirugía General*
- *Medicina Interna*
- *Radiología e Imágenes Médicas*
- *Ginecología-Obstetricia*
- *Pediatría*
- *Psiquiatría*
- *Medicina Familiar y Comunitaria.*

3) **Alcance:**

- Determinar la cantidad óptima de espacios docentes, para la formación de especialistas, según criterios de capacidad instalada, con la finalidad de:

- *Resguardar de los derechos de los pacientes*
 - *Procurar la calidad en la prestación de los servicios*
 - *Promover el proceso de enseñanza-aprendizaje significativo*
 - *Dirigir los perfiles profesionales que respondan a las necesidades institucionales*
 - No establece las necesidades de dotación de especialistas de la Institución.
- No determina las brechas de especialistas a nivel institucional.

4) Antecedentes:

- Informe de Auditoría ASS-87-2015 “Estudio de Necesidades de Especialistas Médicos”, del 29 de abril del 2015.
- Acuerdo de Junta Directiva, sesión 8762, artículo 22, de fecha 05 de febrero, 2015.
 - Criterios para determinar la capacidad instalada en las unidades docentes de la CCSS (pregrado y grado).

5) Metodología:

- Investigación:
 - *Descriptiva-exploratoria*
 - *Transversal*
 - *Enfoque mixto*
- Fuentes:
 - Estudio “Capacidad Instalada Pregrado y Grado en las Unidades Docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social”
 - Información suministrada por las Unidades Asistenciales/Docentes.
 - Estadísticas Institucionales.

6)

CLASIFICACIÓN DE UNIDADES DOCENTES

Clasificación para las unidades docentes hospitalarias:
Categorización de Unidades Docentes, según análisis de las variables:

- *Estadísticas institucionales*
- *Infraestructura y equipo para la docencia*

Escala Likert:

Excelente	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
5	4	3	2	1



7)

LISTA 1
Estadísticas institucionales para centros hospitalarios

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Número de camas de hospitalización | <input type="checkbox"/> Número de sala de expulsivos |
| <input type="checkbox"/> Giro de cama | <input type="checkbox"/> Número de partos y abortos |
| <input type="checkbox"/> Índice ocupacional | <input type="checkbox"/> Programas hospitalarios ambulatorios y/o proyección comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Estancia promedio | <input type="checkbox"/> Número de consultorios de consulta externa |
| <input type="checkbox"/> Número de egresos anuales | |
| <input type="checkbox"/> Total de sala de operaciones (Cx y GO) | |
| <input type="checkbox"/> Porcentaje de intervenciones quirúrgicas | |

8)

Lista 2
Infraestructura y Equipo para la Docencia

- Recursos didácticos que favorezcan la docencia.
- Auditorio y aulas.
- Número de sesiones clínicas, bibliográficas y anatómo-patológicas.

Cuadro resumen

Capacidad instalada	
Características estadísticas institucionales	
Infraestructura y equipamiento	
TOTAL GENERAL	

9)

ESCALA LIKERT: CAPACIDAD INSTALADA
Algunas variables

Estadísticas institucionales

Variable	Criterios				
	401 ó más	451-600	301-450	151-300	150-0
1. Número de camas de hospitalización					
	85-70	69-85	55-69	54-40	39 ó menos
2. Giro de cama					

Infraestructura y Equipamiento

Variable	Criterios				
	5 ó más	4	3	2	1
1. Recursos didácticos que favorezcan la docencia					
	5 ó más	4	3	2	1
2. Auditorio y aulas					
	41 ó más	40-31	30-21	20-11	10 ó menos
3. Número de sesiones clínicas, bibliográficas y anatómo-patológicas					

10)

RANGOS DE ACEPTABILIDAD, SEGÚN UNIDAD DOCENTE

Tipo de Unidad Docente	Rango de Aceptabilidad
4	Mayor a 4,30
3	Entre 3,50-4,29
2	Entre 2,60-3,49
1	Menor a 2,60

Fuente: Elaboración propia.

11)

CONSTANTE DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE, SEGÚN UNIDAD DOCENTE

Unidad Docente	Constante
4	1
3	0,75
2	0,50
1	0,25

Fuente: Elaboración propia.

12) Anestesiología y recuperación.

13)

Espacios docentes utilizados en la especialidad de Anestesiología y Recuperación, según año de residencia, CCSS, periodo 2015

UNIDAD DOCENTE	I AÑO	II AÑO	III AÑO	IV AÑO	TOTAL ACTUAL
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	4	5	4	0	13
Hospital San Juan de Dios	4	5	3	0	12
Hospital México	5	4	3	0	12
Otras Unidades	0	0	0	0	0
Total	13	14	10	0	37

Fuente: Sub-Área de Posgrados y Campos Clínicos, CCSS, Junio 2015.

14)



Con el objetivo de estimar los espacios docentes para el posgrado en la especialidad médica de Anestesiología y Recuperación, se propone la siguiente fórmula:



Fuente: Elaboración propia.

15)

Propuesta espacios docentes para el posgrado médico de Anestesiología y Recuperación , CCSS

Unidad Docente	Cantidad Salas Funcionales	Constante Enseñanza-Aprendizaje	Índice Quirúrgico /100	Espacios Docentes
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	26	1	0,62	16
Hospital San Juan de Dios	22	1	0,61	13
Hospital México	21	1	0,62	13
Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera	9	0,75	0,47	3
Hospital Dr. Adolfo Carrión Eiza	5	0,75	0,45	2
Hospital Dr. Manuel Antonio Chapul y Torres	1	0,75	0,20	0
Hospital Dr. Max Peralta Jiménez	9	0,75	0,61	4
Hospital Dr. Tony Facio Castro	7	0,75	0,28	1
Hospital Dr. Escalante Pradilla	4	0,75	0,44	1
Hospital San Vicente de Paul	10	0,75	0,55	4
Hospital San Rafael de Alajuela	8	0,75	0,53	3
Hospital San Carlos	6	0,75	0,56	3
Hospital San Francisco de Asís	3	0,50	0,53	1
Centro Nacional de Rehabilitación	4	0,50	0,49	1
Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes	2	0,50	0,29	0
Hospital de Guápiles	4	0,50	0,44	1
Hospital Ciudad Nelly	5	0,50	0,31	1
Hospital Manuel Mora Valverde	2	0,50	0,27	0
Hospital Tomás Cascajús	3	0,50	0,29	0

16)

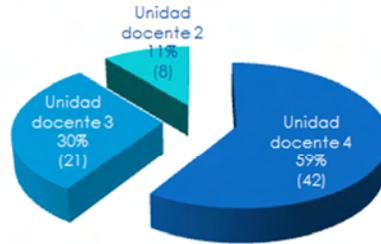
Propuesta espacios docentes para el posgrado médico de Anestesiología y Recuperación , CCSS

Unidad Docente	Cantidad Salas Funcionales	Constante Enseñanza-Aprendizaje	Índice Quirúrgico /100	Espacios Docentes
Hospital Monseñor Sanabria	5	0,50	0,75	2
Hospital Dr. Max Terán Valls	1	0,50	0,26	0
Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	6	0,50	0,52	2
Hospital La Anexión	2	0,50	0,32	0
Hospital Dr. William Allen Taylor	2	0,25	0,34	0
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	3	0,25	0,56	0
TOTAL				71

Fuente: Elaboración propia.

17)

Distribución de espacios docentes según tipo de Unidad Docente, CCSS



Fuente: Elaboración propia.

18)

Cuadro comparativo, situación actual y propuesta de los espacios docentes en Anestesiología y Recuperación, CCSS

UNIDAD DOCENTE	AÑO DE RESIDENCIA				TOTALES		DIFE-RENCIA
	I	II	III	IV	ACTUAL (a 2015)	PRO-PUESTA	
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	4	5	4	0	13	16	+3
Hospital San Juan de Dios	4	5	3	0	12	13	+1
Hospital México	5	4	3	0	12	13	+1
Otras Unidades	0	0	0	0	0	29	+29
Total	13	14	10	0	37	71	+34

Fuente: Sub-Área de Pasgrados/Campus Chicos, CCSS, Junio 2015.

19) Cirugía general.

20)

Espacios docentes utilizados en la especialidad de Cirugía General según año de residencia, CCSS, periodo 2015

UNIDAD DOCENTE	I AÑO	II AÑO	III AÑO	IV AÑO	TOTAL ACTUAL
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	4	6	3	4	17
Hospital San Juan de Dios	4	5	4	4	20
Hospital México	4	4	4	4	16
Hospital Dr. Max Peralta Jiménez	2	2	0	0	4
Otras Unidades	0	0	0	0	0
Total	14	20	11	12	57

Fuente: Sub-Área de Pasgrados/Campus Chicos, CCSS, Junio 2015.

21)



Con el objetivo de estimar los espacios docentes para el posgrado en la especialidad médica de Cirugía General, se propone la siguiente fórmula:



Fuente: Elaboración propia.

Índice quirúrgico: porcentaje que representa el total de pacientes con alguna intervención quirúrgica entre el total de egresos del servicio de cirugía.

22)

Propuesta espacios docentes para el posgrado médico de Cirugía General, CCSS

Unidad Docente	Salas Operaciones Funcionales	Constante Enseñanza-Aprendizaje	Índice Quirúrgico/100	Porcentaje de Ocupación (Cirugía) /100	Espacios Docentes
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	22	1	0,82	1,03	19
Hospital San Juan de Dios	22	1	0,82	0,99	18
Hospital México	10	1	0,8	0,82	7
Hospital Dr. Max Peralta Jiménez	9	0,75	0,79	1,16	6
Hospital Dr. Tony Facio Castro	6	0,75	0,82	0,99	4
Hospital Dr. Escalante Padilla	4	0,75	0,83	0,98	2
Hospital San Vicente de Paul	7	0,75	0,83	0,98	4
Hospital San Rafael de Alajuela	8	0,75	0,88	0,97	5
Hospital San Carlos	5	0,75	0,85	0,9	3
Hospital San Francisco de Asís	2	0,5	0,72	0,55	0
Centro Nacional Rehabilitación	4	0,5	0,91	0,27	0
Hospital de Guápiles	4	0,5	0,86	1,19	2

23)

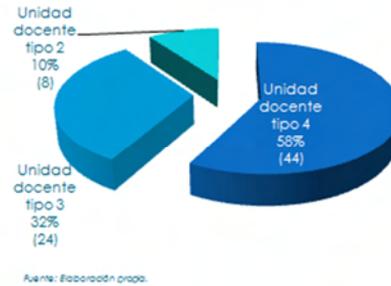
Propuesta espacios docentes para el posgrado médico de Cirugía General, CCSS (continuación)

Unidad Docente	Salas Operaciones Funcionales	Constante Enseñanza-Aprendizaje	Índice Quirúrgico/100	Porcentaje de Ocupación (Cirugía) /100	Espacios Docentes
Hospital Ciudad Nelly	5	0,5	0,7	0,55	1
Hospital Manuel Mora Valverde	2	0,5	0,75	0,64	0
Hospital Tomás Casas Casajús	1	0,5	0,58	0,67	0
Hospital Monseñor Sanabria	2	0,5	0,65	0,86	1
Hospital Dr. Max Terán Valls	1	0,5	0,75	0,83	0
Hospital Dr. Enrique Buitrago Briceño	6	0,5	0,82	1,02	3
Hospital de La Anexión	2	0,5	0,8	0,66	1
Hospital Dr. William Allen Taylor	2	0,25	0,69	0,57	0
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	3	0,25	0,76	0,69	0
Hospital San Vito	1	0,25	0,9	0,89	0
Total					76

Fuente: Elaboración propia.

24)

Distribución de espacios docentes según tipo de Unidad Docente, CCSS



25)

Cuadro comparativo, situación actual y propuesta de los espacios docentes en Cirugía General, CCSS

UNIDAD DOCENTE	AÑOS				TOTALES		DIFERENCIA
	I	II	III	IV	ACTUAL (a 2015)	PROPUESTA	
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	4	6	3	4	17	19	+2
Hospital San Juan de Dios	4	8	4	4	20	18	-2
Hospital México	4	4	4	4	16	7	-9
Hospital Max Peralta	2	2	0	0	4	6	+2
Otras Unidades	0	0	0	0	0	26	+26
Total	14	20	11	12	57	76	+19

Fuente: Sub-Área de Pasados y Campos Clínicos, CCSS, Junio 2015.

26) Medicina Interna.

27)

Espacios docentes utilizados en la especialidad de Medicina Interna, según año de residencia, CCSS, periodo 2015

UNIDAD DOCENTE	I AÑO	II AÑO	III AÑO	IV AÑO	TOTAL ACTUAL
	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	4	5	5	3
Hospital San Juan de Dios	3	5	6	4	20
Hospital México	4	3	5	3	16
Otras Unidades	0	0	0	0	0
Total	11	11	16	10	57

Fuente: Sub-Área de Pasados y Campos Clínicos, CCSS, Junio 2015.

28)



Con el objetivo de estimar los espacios docentes para el posgrado en la especialidad de Medicina Interna, se propone la siguiente fórmula:



Fuente: Elaboración propia.

Concentración Consultas Médicas por Especialidades: considera el total de consultas especialidades médicas en virtud del total de consultas por primera vez en un establecimiento de salud.

29)

Propuesta espacios docentes para el posgrado de Medicina Interna, CCSS

Unidad Docente	Número de Camas/Giro Cama	Constante Enseñanza-Aprendizaje	Porcentaje de Ocupación/ 100	Concentración Consulta Médica Especializada	Espacios docentes
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	1,91	1	1,15	0,4	7
Hospital San Juan de Dios	9,68	1	0,93	1,72	16
Hospital México	5,86	1	0,96	3,77	21
Hospital Dr. Max Peralta Jiménez	2,54	0,75	0,97	1,63	3
Hospital Dr. Tony Facio Castro	1,12	0,75	0,72	1,67	1
Hospital Dr. Escalante Prodlia	1,64	0,75	1	1,68	2
Hospital San Vicente de Paul	2,89	0,75	0,95	1,5	3
Hospital San Rafael de Alajuela	3,58	0,75	0,97	1,41	4
Hospital San Carlos	1,16	0,75	0,99	1,71	1
Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes	8,25	0,5	0,86	2,13	8
Hospital San Francisco de Asís	1	0,5	0,9	1,6	1
Centro Nacional Rehabilitación	3,89	0,5	0,69	2,31	3
Hospital de Guápiles	0,86	0,5	0,75	1,64	1

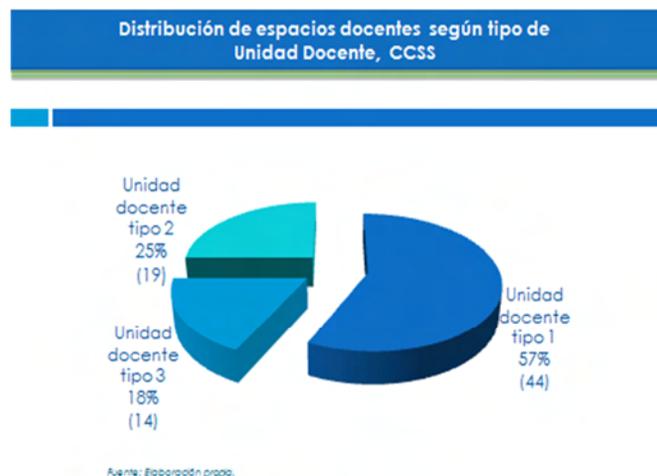
Fuente: Elaboración propia.

30)

Propuesta espacios docentes para el posgrado de Medicina Interna, CCSS (continuación)

Unidad Docente	Número de Camas/Giro Cama	Constante Enseñanza-Aprendizaje	Porcentaje de Ocupación/ 100	Concentración Consulta Médica Especializada	Espacios docentes
Hospital Ciudad Nelly	0,25	0,5	1,27	1,98	0
Hospital Manuel Mora Valverde	0,34	0,5	1,99	1,64	1
Hospital Tomás Casos Casajús	0,32	0,5	1,92	2	1
Hospital Monseñor Sanabria	2,13	0,5	0,9	1,58	2
Hospital Dr. Max Terán Vallis	0,44	0,5	0,92	1,96	0
Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	1,5	0,5	0,93	1,99	1
Hospital de La Anexión	0,9	0,5	0,9	2,63	1
Hospital Dr. William Allen Taylor	0,96	0,25	0,86	1,89	0
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	1,15	0,25	0,78	1,82	0
Hospital San Vito	0,27	0,25	0,7924	1,93	0
Hospital Los Chiles	0,09	0,25	1,2527	1,74	0
Total					77

31)



32)

Cuadro comparativo, situación actual y propuesta de los espacios docentes en Medicina Interna, CCSS

UNIDAD DOCENTE	AÑOS				TOTALES		DIFERENCIA
	I	II	III	IV	ACTUAL (a 2015)	PRO-PUESTA	
Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia	4	3	5	3	17	7	-10
Hospital San Juan de Dios	3	5	6	4	20	16	-4
Hospital México	4	3	5	3	16	21	+5
Otras Unidades	0	0	0	0	0	33	+33
Total	11	11	16	10	57	77	+20

Fuente: Elaboración propia.

33) Conclusiones:

- Se propone una herramienta objetiva para la asignación y distribución de los espacios docentes.
- Se amplía la oferta de espacios docentes a nivel de posgrados médicos.
- Insta al modelaje de la formación de posgrados médicos, cuyos profesionales se insertan a la fuerza laboral institucional.
- Basamento para otras investigaciones sobre campos docentes y capacidad instalada.

34) Recomendaciones:

- Implementar plan piloto para la formación de especialistas en las áreas médicas: Anestesiología y Recuperación, Cirugía General y Medicina Interna.
 - Consideraciones específicas para los CAIS.
- Abordar todas las especialidades y subespecialidades médicas, con la metodología propuesta.

35) Propuesta de acuerdo.

La Gerencia Médica una vez realizada la presentación de los estudios de “Criterios para determinar la capacidad instalada en los posgrados médicos de las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología y Recuperación en las unidades docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social”, recomienda a la Junta Directiva:

1. Dar por recibido los estudios presentados por la Gerencia Médica mediante el oficio GM-SJD-38424-2015 de fecha 09 de noviembre del 2015, según lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 22 de la sesión N° 8762 y en el artículo 28 de la sesión N°8766.
2. Instruir a la Dirección de Administración y Gestión de Personal para que en conjunto con la Dirección Jurídica procedan analizar alternativas de modalidades de contratación de los médicos residentes, así como la respectiva revisión de la legislación vigente en torno al tema.
3. Instruir a la Gerencia Médica para que realice la valoración de necesidades según las brechas existentes para la formación de especialistas en Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología y Recuperación, a efectos de recomendar lo pertinente para la creación de las plazas que correspondan.
4. Basados en la recomendación de los estudios de la Universidad de Costa Rica, en los cuales se indica que por cuestiones didácticas se recomienda que el 70% de los estudiantes sean graduados en universidades nacionales y 30% en universidades extranjeras y en aras de contar con los insumos respectivos para la toma de decisiones a nivel institucional, instruir a la Gerencia Financiera para que realice un estudio de costos para la formación de médicos especialistas en el extranjero.

Respecto del Estudio en consideración señala la doctora Rodríguez Ocampo que se analizarán las especialidades ahí contenidas. Además, el grupo que presentará, también, abordó el tema de Radiología e Imágenes Médicas, luego, se continuará con Ginecología-Obstetricia, Pediatría y, posteriormente, Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria y más adelante, se irán analizando otras especialidades que corresponden al ámbito de la cirugía como, por ejemplo, Otorrinolaringología y oftalmología, dado que son las prioridades institucionales. Dentro del alcance del estudio, es determinar cuál es la capacidad óptima y el potencial máximo que se tiene como Caja, para la formación de especialistas y de acuerdo con los criterios de capacidad instalada. Lo cual permitirá el resguardo de los derechos de los usuarios, no violentar esos derechos por un exceso de estudiantes, procurar la calidad en la prestación de los servicios y permite modelar el tipo de especialistas que se desea, porque va a redundar en una mejor calidad en la prestación de los servicios de salud. De igual forma, promover el proceso de enseñanza-aprendizaje es significativo, para evitar que se tengan especialistas que no han desarrollado las competencias necesarias en su campo de especialidad.

Destaca que en ningún momento el estudio pretende establecer necesidades de dotación, porque no es un estudio de dotación, tampoco es un estudio para determinar las brechas de especialistas sino, básicamente, para definir cuál es la capacidad de la Institución, para la formación de estos especialistas. En cuanto a la metodología, en esta investigación, básicamente, ha sido descriptiva-exploratoria porque no existen estudios a nivel de Costa Rica en este campo, es el primero que se hace y la Caja tiene 40 años de formar especialistas y es la primera vez que se hace, un estudio de esta naturaleza para determinar esa capacidad instalada.

Es un estudio transversal y se basa en estadísticas institucionales de un momento dado, se va a tener la ventaja que la metodología, permite ir actualizando la información y así los espacios docentes que se tienen anualmente, que es como se miden la mayor parte de las estadísticas institucionales. Además, se tiene un enfoque mixto-cualitativo, también hay criterios de expertos tanto internacionales como nacionales en el campo. Las fuentes de información fue el estudio inicial que se presentó ante la Junta Directiva en el año 2015, basado en la información que les brindan las unidades asistenciales y las estadísticas institucionales. Recuerda que en el estudio preliminar que se había determinado la necesidad, para poder establecer el cálculo, de clasificar las unidades docentes y para determinar ese aspecto, se analizaron estadísticas institucionales, así como la infraestructura y el equipo para la docencia, y a las variables que se consideran en cada uno de estos dos campos, se le aplica una Escala Likert que se enumera del 1) al 5), siendo 1) el nivel más bajo y el 5) el nivel más elevado. La Escala Likert permite llegar a una numeración que se coloca como un rango de aceptabilidad, de modo que de acuerdo con esos rangos, así se estable una tipología para los unidades docentes, siendo la tipo 4) la unidad docente que permite, la formación de cualquier tipo de especialidad o subespecialidad.

Las unidades tipo 3) también van a tener las mismas condiciones, pero el número de especialidades será más reducido, las unidades tipo 2) permiten las especialidades básicas fundamentalmente y las tipo 1), algunas de las especialidades básicas. De acuerdo con la literatura internacional, esta categorización que se hace de unidades docentes, permite establecer una constante que se asocie y es la que se va a utilizar en la fórmula, porque les permite obtener el número de espacios docentes en las diferentes unidades, siendo que para la categoría más elevada 4), por ejemplo, la constante que se va utilizar es 1) y de ahí hacia abajo disminuyendo en 0.25 hasta llega a la unidad 1) que es la de menor capacidad. Actualmente, se cuenta con 37 médicos residentes en proceso de formación para Anestesiología y Recuperación, de los cuales 13 se encuentran en el primer año, 14 en segundo año y 10 en el tercer año y ningún médico está cursando el cuarto año, sino será a partir del año 2016, porque estarán los médicos que lograron pasar el tercer año. Además, van a ingresar nuevos y están preparados para dar inicio a la especialidad, el próximo año. También, se cuenta con 18 médicos con las pruebas de ingreso aprobado, se solicitó un concurso extraordinario, para llenar dos plazas que quedaron vacantes y esos estudiantes ingresarán a iniciar la especialidad, en el mes de febrero del año 2016.

Respecto de una interrogante del Director Devandas Brenes, refiere la doctora Rodríguez Ocampo, que los estudiantes que se quedan es por situaciones de salud, porque la Especialidad de Anestesia tiene asociado un problema de adicción y se han dado dos casos, con esta situación. Se tienen los espacios docentes que son la cantidad de salas de operaciones funcionales, porque es el escenario donde aprende el anestesiólogo y funcionales, dado que se conoce que en este momento, algunas salas de los centros asistenciales. No están funcionando y para lograr considerar la capacidad, se debe tomar en cuenta, únicamente, las salas

funcionando, las cuales se multiplican por la constante enseñanza-aprendizaje y, luego, por el índice quirúrgico, el cual corresponde a la cantidad de egresos de pacientes del servicio de cirugía, es decir, cuántos de los pacientes fueron operados. Lo que permite elaborar el cuadro en donde al hacer la multiplicación de esas tres variables, se observan los tres elementos antes mencionados, el resultado será la cantidad de espacios docentes. Siendo los hospitales, los centros donde se forman los anestesiólogos, con este estudio se visualizan otros escenarios donde se pueden formar. Lo anterior permite desplazar la formación, únicamente, a nivel de hospitales nacionales y hospitales regionales y en algunos casos a hospitales periféricos. En los hospitales periféricos, se visualizan rotaciones, no un proceso de rotación completo porque, generalmente, los estudiantes van a iniciar a nivel de un hospital nacional, pero conforme van saliendo en su proceso de residencia, pueden rotar hacia otros centros asistenciales, donde estén los tutores que están capacitados para fungir como tales. El total de estudiantes pasa a ser 71, porque hoy día se tienen 37, lo cual significa un incremento de un 90% en el número de especialistas, con el que se puede contar.

En cuanto a una inquietud del Dr. Devandas Brenes, indica la doctora Rodríguez Ocampo, que se puede tener en todos los niveles de residencia y durante los cuatro años 71 estudiantes, lo cual representa la capacidad de docencia, hoy se tienen 37 y van a ingresar 20, se tendría 57, eventualmente, se le podría indicar a la Universidad de Costa Rica que se admitan nuevos estudiantes hasta completar 71, porque se cuenta con suficientes tutores para asumir ese número y es importante señalar, que hay que conversar con los tutores en los diferentes lugares, donde hoy no son tutores, en los hospitales que no son los hospitales nacionales. Los tutores son contratados por la Universidad de Costa Rica, el problema no son los tutores, por el contrario, tradicionalmente, la Universidad ha concentrado la docencia a nivel central, no se ha hecho un intento por descentralizarlo, se ha conversado con algunas personas de niveles regionales, donde están dispuestos y los directores también, en el sentido de que se puede implementar la docencia, dado que se eleva la calidad de la atención, por lo cual se considera importante y no se determina como una situación que vaya a ser problemática.

Al Director Loría Chaves le parece importante este nuevo esquema de docencia, en especial para captar personas que se puedan especializar y se ubiquen en la misma zona de procedencia, lo cual es fundamental.

En atención a una inquietud del Director Devandas Brenes, señala la doctora Sáenz Madrigal que como los Anestesiólogos, trabajan en sala de operaciones, son responsables del paciente en el área de recuperación, por una potencial complicación por los anestésicos.

Respecto de una interrogante del Dr. Devandas Brenes tendiente a conocer, si utilizando en su totalidad la capacidad instalada, cuánto se tardaría para cerrar la brecha de Especialistas, responde la doctora Sáenz Madrigal que en alrededor de siete y diez años.

Pregunta el doctor Devandas Brenes si se tomó dentro de las variables el giro de cama, la instancia hospitalaria y si esas variables mejoran, consulta si se aumenta la capacidad, porque de ser así, habría que hacerlo todos los años.

Responde la doctora Rodríguez Ocampo que así es, por ejemplo, en Cirugía General se tienen cuatro años de residencia, actualmente, se tienen 57 residentes activos. En cuanto a la fórmula,

igual que la anterior, se hace una operación en términos de calcular con base en la cantidad salas de operaciones funcionales, la constante enseñanza-aprendizaje, el índice quirúrgico pero, además, se agrega un porcentaje de ocupación del Servicio de Cirugía, porque el cirujano, de acuerdo con el programa de estudio, también tiene aprendizaje, no solo en la sala, sino también en las camas, en el momento de pasar visita y dar seguimiento a los pacientes y el proceso va integrado, a lo que establece el programa de estudio y lo que la literatura internacional indica que se debe considerar, en el momento de calcular los espacios docentes en la parte quirúrgica. En el proceso, están involucrados los Hospitales Calderón Guardia, San Juan de Dios, México más el Hospital Max Peralta Jiménez de Cartago; de igual forma, se van a tener más hospitales participando en el proceso formativo de los residentes de cirugía general, porque se pasó de 58% de las unidades docentes tipo 4), a sumar unidades docentes tipo 3) y tipo 2), con 32% las tipo 3) que son los hospitales, generalmente, regionales y especializados y tipo 2) las unidades más pequeñas que tienen el menor porcentaje. Destaca que en el Hospital Calderón Guardia, se puede aumentar en dos la cantidad de residentes que se forman, en el Hospital San Juan de Dios se va limitar y se tiene que reducir en dos, en el Hospital México se tiene que reducir la formación en nueve, por la situación que tiene hoy el Hospital, en relación con los quirófanos y, una vez que las salas del Hospital México funcionen, se ampliará la capacidad instalada. En el Hospital Max Peralta se puede elevar el número en dos y considerando todas las demás unidades, se podrá aumentar la cantidad en 26 estudiantes, es decir, se cuenta con una capacidad instalada para formar 76 cirujanos en todos los años de residencia, significa un aumento en 19 estudiantes, siendo un 35% de lo que actualmente se tiene.

El Director Gutiérrez Jiménez pregunta cómo se van a distribuir los especialistas y cómo se proyectan entre universidades públicas y privadas.

Responde la Dra. Rodríguez Ocampo que en Medicina Interna se cuenta con 57 Residentes, de igual forma tienen que ser distribuidos en los cuatro años que tarda el proceso de formación y, además, hay que concentrarlos en los tres hospitales nacionales. La fórmula incluye el número de camas y giro de cama, porque el especialista en medicina interna, aprende al lado de la cama del paciente, también en la consulta externa, por ese aspecto al final se toma en consideración la concentración de la consulta médica especializada, se utiliza la constante, así como el porcentaje de ocupación del servicio de Medicina Interna. Se aplica la fórmula, se incorpora otro tipo de hospitales y al final 77 será la cantidad de especialista en Medicina Interna que se pueden tener en todos los años en su proceso formativo. Dentro de las conclusiones más relevantes, se propone una herramienta objetiva para la asignación y distribución de los espacios docentes, tradicionalmente, el proceso no se había manejado de esta manera sino que existía un proceso de negociación con las UCR, pero no habían criterios objetivos que permitieran conocer la capacidad de la Caja, hoy en día se tiene una fortaleza diferente, porque ya se conoce cuál es la capacidad instalada de la Institución. Por otra parte, se amplía la oferta de espacios docentes, lo cual facilita el modelaje en el proceso formativo del perfil que se quiere del especialista, ya que es importante, porque se podrá manejar de mejor manera, inducir, modelar cuales son las competencias que se quiere que tenga ese especialista, que va a trabajar en las unidades asistenciales y por último, servirá como base para ser investigaciones en otros campos y especialidades, para poder determinar la capacidad instalada de la Caja. Además, dentro de las recomendaciones está implementar esta metodología, a partir del año entrante y para lo cual se requiere un mayor número de plazas, dado que los residentes se manejan con un grupo de plazas. Por otro lado, en el estudio no están incluidos los CAIS y, posteriormente, se va incluir

información, en especial el CAIS de Puriscal y el de Desamparados, lo cual aumentará la capacidad instalada y, luego, abordar todas las especialidades y subespecialidades con esta metodología.

En la parte de medicina interna señala el Director Devandas Brenes que se incluya la variable giro cama, pero estaba incluida en la constante; entonces, desconoce si existe una doble contabilización.

Indica el licenciado Alfaro Jara que el primer estudio contempló de forma parcial, la categorización, propiamente, de asignarle a la unidad docente tipo 4), 3) ó 2), ya casi con un peso más significativo, donde el dato relativo de cuanto es propiamente el giro de cama y cuál es la cantidad de cama por unidad asistencial. En cuanto a la constante de enseñanza-aprendizaje es correcto, para efectos de categorización en la unidad docente. Destaca que va de 4) a 1) y una de las propuestas de cálculo de unidades docentes, para Medicina Interna el peso o la cantidad de camas, si cuenta para poder asignar la cantidad de espacio.

En cuanto a la inquietud que manifestó el Dr. Devandas Brenes, señala la doctora Rodríguez Ocampo que tiene razón, porque al inicio se toma y es una de las catorce variables en consideración, en el momento de establecer la tipología de unidad, la cual indica cuantas especialidades se pueden implementar en esa unidad docente. El peso que tiene esa variable, en este momento, es bajo porque es una entre muchas otras, cuando no se aplica la fórmula la Medicina Interna, es cierto, se vuelve a considerar pero ya le da una relevancia muy diferente y lo hace específico, para el servicio de Medicina Interna, pero es sumamente estricta esa variable y se considera dos veces.

En relación con las universidades privadas, refiere la doctora Villalta Bonilla que se realizó un análisis integral, por parte de la Dirección Jurídica del voto completo de la Sala Constitucional, para definir cuál es el porcentaje, una vez concluido este análisis se estaría tomando en cuenta que porcentaje o cual es el número de especialistas que se requieren.

La doctora Rodríguez Ocampo se retira del salón de sesiones.

Manifiesta el Director Devandas Brenes que se existen problemas de distinta naturaleza, primero la contratación de los Residentes, como se les va a pagar, por ejemplo, y por otro lado, cómo seleccionarlos para que ingresen al programa, son aspectos distintos. Una vez que se son seleccionados para que ingresen al programa, se debe resolver como se les va a pagar. Conoce que hay dos etapas, la primera es un examen de conocimientos generales y, luego, una entrevista y en esa se evalúan aspectos subjetivos muy complicados, es decir, que la segunda etapa no obedece a una selección objetiva. Comenta que ha estado investigando que en otros países, en el área de Europa, como ilustración, solo hay un examen de conocimientos generales y se establece un ranking; entonces, si la Caja crea 20 plazas, se hace el examen de conocimiento general y hay 20 estudiantes, siendo los que deben ingresar al programa de Postgrado, independientemente, de qué universidad procedan.

Señala la señora Presidenta Ejecutiva que con las dos pruebas, ingresan más estudiantes de las universidades privadas que de la pública.

Señala el Dr. Devandas Brenes que la Caja debe luchar con la UCR y las universidades privadas para que esta segunda etapa sea eliminada, porque estuvo conversando con varios médicos de la Caja, los cuales le explicaron que en la segunda etapa de la evaluación, los especialistas realizan un examen oral, lo califican y se indica que esa segunda parte de la prueba del estudiante, es inapelable y le preocupa, porque qué aspectos se evalúan en esa segunda etapa, son de actitud o aptitud. Además, se cuestiona si la persona que realiza la evaluación es psicólogo o pedagogo, es decir, los conocimientos generales ya fueron evaluados e insiste, en que esa segunda etapa sea eliminada y solamente se aplique un examen de conocimiento general. Ahora, si se quiere introducir una valoración psicológica del estudiante, entonces, que la realicen psicólogos, pero no los especialistas. Por otra parte, en el cuarto punto de la propuesta del acuerdo, no la acepta tal y como está redactada, sino que se le solicitaría a la Gerencia Financiera que realice el análisis del costo de formar estudiantes en el exterior, únicamente, porque no se puede aceptar que se indique que es una recomendación de la Universidad de Costa Rica, en que se indique que por cuestiones didácticas que el 70% de los estudiantes sean graduados, es decir, se tendría que tener el estudio para determinar cuáles son esas razones didácticas, porque realmente le resulta etéreo. Repite, solicita que se le pida a la Gerencia Financiera que realice el estudio de costos, para determinar cuánto cuesta formar Especialistas en el exterior versus cuánto en Costa Rica, pero sin ninguna consideración de otro tipo, porque si la Caja decidiera enviar a formar el 80% de los Anestesiólogos, en este momento al exterior, esa norma no se va a sujetar a indicar que hay que hacerlo.

Al respecto, la doctora Sáenz Madrigal le indica a don Mario Devandas, que hay distintos esquemas de ingreso para hacer especialidades. Le parece que como Junta Directiva se debe emitir un criterio, en el que sea objetivo relevante el ingreso de los estudiantes, para realizar una especialidad, pero indicar que haya o no entrevista, en lo personal, le parece complicada desde la perspectiva del Órgano Colegiado. Por otro lado, hay universidades en Europa que no hacen pruebas de conocimiento, sino que realizan pruebas de competencia para el ingreso y lo que le preguntan, por ejemplo, al interesado y lo que pesa más de por qué quiere ser Cardiólogo, Neurocirujano o Anestesiólogo Pediátrico, porque a veces las pruebas de conocimiento, como sucede en Costa Rica y la experiencia europea que tienen los sistemas públicos, es el mismo cuerpo colegiado de la especialidad y establecen ciertos criterios para el ingreso y cuando se realiza la evaluación, a veces, lo que se pregunta es por lo que la persona quiere estudiar. Repite, modelos hay muchos pero desde la perspectiva de la Institución, el tema es que se quiere destacar es que el ingreso a la Especialidad sea más objetivo, abierto, claro y transparente. Le parece que lo que se debe instruir es que se presente la propuesta para que ese ingreso, se realice de una forma más objetiva. Por ese motivo, no está de acuerdo en que la entrevista se elimine como tal de la propuesta de acuerdo, sino plantear una propuesta que se haga más objetiva y un aspecto que se había conversado con el Centro Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), es que se tratara de hacer cursos de preparación, para las personas que están ubicadas en las zonas rurales, porque han estado tres o cinco años trabajando en esa zona e, inclusive, han desarrollado capacidades a la luz de alguno de los especialistas, por ejemplo, en Pediatría. Comenta que así se lo indicó y muy claro a la Pediatra de Limón, porque han desarrollado habilidades, pero cuando hacen la prueba teórica no la ganan. Le parece que se debe realizar toda una revisión, para promover que las personas que, inclusive, se trasladaron a otro lugar, y que quiere hacer la especialidad y tiene práctica, no sea que al final no pasen el examen, porque las preguntas están muy relacionadas al último curso que recibieron, entonces, los egresados de la carrera más recientes, son los que tienen más frescos los conocimientos y

ganan la prueba. En esa línea, estima que hay un tema muy complejo y, en ese sentido, le preocupa en el momento de realizar la discusión.

Al respecto, el Dr. Devandas Brenes comparte la idea, en el sentido de que el examen sea lo más subjetivo posible, si se le indica a las universidades o, particularmente, a la UCR que trate de hacer la prueba más subjetiva, se tendría que señalar en que aspectos se considera que no es objetiva. Hasta el momento, lo que entiende y solicita a los funcionarios del CENDEISSS, que si no es así que lo corrijan, porque tiene entendido de que el examen de conocimiento general, se ha avanzado mucho en el desarrollarlo de manera muy objetiva. El examen de conocimientos generales, se califica mediante lectoras ópticas, es decir, el diseño del examen está técnicamente elaborado, hay un grupo interdisciplinario que lo formula, esa prueba cumple las exigencias de objetividad, es lo que se indica y desea que los funcionarios del CENDEISSS le aclaren, que la subjetividad está en la parte oral, porque se realizan preguntas al estudiantes y, en ese sentido, se le formulan preguntas sobre la especialidad que va hacer. Por otra parte, se tiene el caso de la incorporación al Colegio de Médicos, donde para hacer el examen no se les brinda bibliografía, de manera que los profesionales van a realizar el examen, para conocer que se les va a preguntar, porque no se les ha dado un temario para estudiar y que puedan prepararse. En el examen de conocimientos generales, existe un material con el cual se puede preparar, pero le preocupa que la persona va a realizar el examen sin conocer el temario de lo que se le va a preguntar. Le produciría satisfacción escuchar el criterio especializado del CENDEISSS, en el sentido de que la segunda parte de la prueba, que es la entrevista, si se tiene que mantener, debe ser hecha por los especialistas de ese campo.

Interviene el Director Loría Chaves y señala que comparte mucho con el Director Mario Devandas, en el sentido de la tesis que está planteando. En primer lugar, aunque esos temas son de la UCR, los encargados de crear las plazas es la Institución y desde esa perspectiva, no se puede pensar que no se tiene la capacidad de incidir en esos procedimientos. Además, los médicos que conforman las comisiones son de la Caja. Comenta que ha tenido conocimiento de que varios estudiantes se han quejado e, incluso, han planteado que la segunda fase de la prueba es muy subjetiva, porque normalmente ciertas personas ingresan al Posgrado y esa situación es reiterativa. Le parece importante conocer cuál es el camino que hay que plantear y, reitera, que comparte ciertos aspectos con don Mario Devandas, porque no puede ser que un médico se a quien realice la entrevista, porque estima que no es objetiva y la experiencia ha indicado que muchas personas, han sido afectadas, en esa fase del proceso. Manifiesta su preocupación, porque si la entrevista es determinante y está siendo subjetiva, pueda ser que funcione para direccionar los ingresos a la especialidad. Por lo anterior, sugiere con urgencia que se analice el tema y que la Junta Directiva asuma una posición respecto de ese tema.

En el caso de la entrevista, la Directora Alfaro Murillo entiende el elemento de subjetividad que tiene, sin embargo, en todos los proceso de selección de personal, por ejemplo, de contratación de personas o en los mismos procesos de aceptación, en los diferentes Posgrados de las universidades de este país, se hace una entrevista. Coincide con los dos Directores que han mencionado que hay cuestionamientos muy fuertes sobre ese proceso, dado que con las personas que se comenta el tema, indican que el proceso causa una distorsión, porque es el que sirve para que una persona ingrese o no en el Postgrado, a pesar de que haya tenido un buen resultado el examen, pero no ingresa a realizar la especialidad por otras razones. Estima que este cuestionamiento no se puede ignorar, después de que varias personas han realizado el comentario,

en el sentido de que los médicos quedan muy desanimados por el proceso, como lo indica don Mario y don José Luis, hay que poner atención a ese tema. Sin embargo, si quiere dejar en manifiesto, que el asunto de este tipo de entrevistas, es que bien estructuradas y elaboradas de manera objetiva, se hacen para todo tipo de proceso de selección de personal y normalmente funciona. Coincide con don Mario Devandas en que, precisamente, en el tema, entonces, quien hace la entrevista, el cuestionamiento esta llevado a que si es dentro del gremio médico, es donde hay un cuestionamiento de que son los mismos, son los profesores pero podría ser que la Institución, estableciera un mecanismo que generara un poco más de transparencia en el proceso y existen mecanismo para hacerlos, puede ser un tercero que haga el procedimiento, se podría indicar que en procesos donde existe una demanda inferior a la oferta de campos, para realizar los estudios, porque hay una oferta limitada de espacio. En esos términos, quienes buscan esos espacios deben tener claridad que el proceso debe ser transparente. Le parece que el examen debería ser suficiente, porque ninguna prueba es más objetiva que un examen. Entonces, se establece el ranking de quien obtuvo la mayor o la menor calificación y esas son las personas que van a ingresar al Posgrado, esa es una forma sencilla de hacerlo. Sin embargo, en el momento de realizar una entrevista, se evalúa otro tipo de condiciones, ya no de conocimiento como lo indica don Mario Devandas sino de actitudes; pero la realidad es que todas esas personas, se graduaron de las universidades y ya tienen un título universitario y ese aspecto, establece un estándar de igualdad y se establece esa condición, dado que todos los médicos son profesionales. Le parece que es un tema que hay que analizarlo y está de acuerdo, en hacer una excitativa a la UCR e indicarle que existen serios cuestionamientos sobre el tema, además, que existe disconformidad con las personas que lo han comentado y que algunos Directores hacen eco del asunto y no quieren ignorarlo; porque se está haciendo referencia del tema, le parece que se debe tomar una decisión.

Interviene la doctora Guillén Femenías y refiere que a nivel de la Subárea de Posgrado y Campos Clínicos, junto con la Dirección del CENDEISSS se ha analizado el tema sobre los procesos de selección. En esos términos, indica que es importante que evaluar el sistema, porque se tiene un profesional, con una parte laboral y otra académica. En la parte laboral la Institución tiene injerencia en ciertas disposiciones, pero en la parte académica la Universidad de Costa Rica, siempre ha sido muy celosa en cuanto a su autonomía. El CENDEISSS ha seguido de cerca este proceso de selección y en estos últimos tres años han notado, como bien lo aclaró don Mario Devandas, que se ha tratado de mejorar; en especial, el proceso de la primer etapa, realizando un examen de conocimiento general, para un médico que está en ese nivel y, definitivamente, tiene un programa de estudio con objetivos y demás. En cuanto a la segunda etapa, a nivel de la Comisión Interinstitucional se ha discutido que ese examen oral y la entrevista le ha creado un poco de subjetividad y lo han aceptado. Hay especialidades que en la entrevista se les otorga un 20 a todos, por ejemplo, en la Especialidad de Cardiología, parte que todos son iguales y les dan 20 puntos de la entrevista, lo que tiene peso en cardiología, no es tanto el examen oral, sino la segunda etapa de un examen escrito de la especialidad y desconoce su grado de complejidad, aunque se les otorga los 20 puntos base. El otro ejemplo es el caso de Medicina Familiar, donde realizan pruebas psicológicas, tienen una entrevista pero también tiene una réplica, es decir, lo que se le pregunta a la persona es por qué quiere ser Médico de Familia, cómo es su vida familiar, desde el punto de vista social como interactúa, este tipo de entrevista para los médicos de familia es diferente y tiene un puntaje guiado. Ahora, el que no sale bien en la entrevista de esta especialidad, es porque, definitivamente, no responden lo que se les pregunta y en ese caso, son calificados por los Médicos de Familia. Destaca que en la entrevista de Medicina Familiar hay

psicólogos, médicos especialistas en Medicina Familiar, en un grupo participa trabajo social, pero la mayoría son médicos de familia con otros profesionales, por cuanto es un equipo interdisciplinario, que tienen la visión de la especialidad.

Respecto de una inquietud del Dr. Devandas Brenes señala la doctora Guillén Femenías que, en el caso de Anestesiología, lo poco que conoce de anestesia, es un examen escrito de la especialidad, lo cual tiene bastante peso, son 250 preguntas de esa especialidad y, además, se les realiza una prueba oral que se basa en tres etapas, una se relaciona las imágenes médicas, otra de electrocardiograma y la tercera no recuerda. Enfatiza en que no existe una metodología fija, la UCR está tratando de estandarizar esa segunda etapa y está trabajando en el tema.

Interviene el Director Fallas Camacho y señala que con la participación de las universidades privadas, muchos de esos aspectos no van a ser un problema y considera que no es el momento de abordar este tema, quizás cuando se vayan a aprobar las plazas se podría discutir, porque no es un tema que esté agendado, simplemente es la metodología de los campos clínicos y no de las calidades, aunque es claro que ningún tema es demás, cuando es importante su análisis.

El Director Barrantes Muñoz indica que partiendo de que el tema de las especialidades, por ser un asunto de orden formativo, no tiene ninguna duda que le corresponde a las universidades en el ámbito de sus competencias y de autonomía. En el caso de definir este tema, pregunta si está monopolizado por la UCR y, ahora, las universidades privadas también tendrían participación para definir sus propios criterios de selección. El asunto es que se puede entender que exista un enfoque diferenciado, con las especialidades de cada competencia, pero existe una base uniforme en función de la formación de grado, en donde sí se puede encontrar que fue un alumno sobresaliente y otro no, ese aspecto se reflejará en el proceso de selección. El punto como lo señalaba la doctora Femenías, en el caso de la UCR no hay estándares en la segunda etapa de la selección y la Caja, tiene que tomar lo que otros profesionales seleccionen, pero también existe otro componente que no es solo de orden de competencias y de calidad de su formación, sino de accesibilidad, si se hiciera un estudio de las especialidades, desde el punto de vista de accesibilidad o por oportunidades a regiones, a entes de diverso origen social, si se puede constatar o existe una concentración elevada en determinados grupos sociales, no se determina ningún problema, en la perspectiva desde el impacto social que se produce, sino desde la perspectiva del impacto que se produce en las regiones, porque en varias ocasiones ese aspecto, lleva a concentrar mucho la formación de quienes están en el centro. Dado lo anterior, le parece que todos esos aspectos son significativos, para que se inicie un proceso de valoración, en función de la toma de decisiones institucionales, y desde, luego, que deja el espacio para una necesaria negociación con las universidades, para solucionar esa problemática. Considera que no existe otra opción sino solo negociar, porque al final, la UCR son los que tienen que hacer el proceso.

Refiere la señora Presidenta Ejecutiva que el proceso de selección de los residentes, tomando en cuenta que van a existir, probablemente, otros actores y hasta la fecha no existe ninguna especialidad autorizada por el Consejo Superior de Educación Pública (CONESUP), pero no significa que no se esté trabajando para plantear algunas soluciones. Una opción es que el proceso de selección de los estudiantes, no sea realizado por las universidades, sino por el Ministerio de Educación, por ejemplo, en el que no se le otorgue el peso a una universidad y se lo otorgue a las otras, porque el Ministerio de Educación son quienes regulan los temas públicos y privados. Repite, considera que el tema del ingreso de la calificación de las personas, si se abre

a otras universidades es una opción para avanzar en este asunto, pero no se puede detener mientras se avanza, porque es un proceso que va a llevar tiempo, por ejemplo, estima que la Ministra de Educación Pública, estaría muy satisfecha, porque lo estuvo, al ver que se lleva el informe de grado y en especial, por el estudio que se está realizando para la formación de grado y, en esa línea se ha venido trabajando para el CENDEISSS. Le parece que en este tema, a nivel de educación especializada se tendría que negociar que no, necesariamente, sean las universidades sino que hay un Ente Superior que vela por el tema curricular; porque al final a la Caja como Institución, le interesa que las personas que se seleccionan cumplan con ciertos requisitos propios de la Institución, en términos de conocimiento, de actitudes, hasta de representación y considera que de alguna manera se debe ir visualizando, pero no es a raíz de la selección de candidatos para el año 2016, porque es un proceso que va a tardar más años. Esta es una discusión que se determina muy importante, pero no es a la luz del tema que se está analizando hoy, la doctora Sandra Rodríguez lo mencionó, en 40 años no se había realizado el estudio de la capacidad docente y la pregunta es por qué, la respuesta es porque la Institución no estaba en manos de la regulación del tema, dado que en aquella época no había sido necesaria, pero el escenario se ha modificado y ha hecho que la Institución, tenga que elaborar instrumentos para ir conduciendo el proceso. No significa que es la respuesta, para todos los problemas que tiene la Institución en este tema, pero si es muy potente, porque se está definiendo la capacidad instalada que se tiene para la formación de especialistas, es decir, se puede indicar la cantidad que se requiere y se tiene la capacidad para formar 70 especialistas. En este momento se tiene que definir quién va a formar esa cantidad de profesionales, cómo se van a repartir, porque se tiene un instrumento que antes no se tenía y surgió porque existe otro escenario.

A la Directora Alfaro Murillo le parece que, como bien lo indica el doctor Fallas Camacho, es un tema que por sí mismo es un asunto, entonces, se debería programar para poder profundizar sobre la relación con la UCR. En otras oportunidades lo ha mencionado, en esta materia la UCR es un socio, no tiene mando, porque es una institución de educación superior que le interesa formar a las personas, porque necesita que sus programas tengan vigencia y como a la Caja le interesa que forme a los médicos, pero en ese marco ambas instituciones tienen su independencia, pero cuando se establece un convenio, es decir, una sociedad, se debe escuchar al socio porque siempre tiene que hacer alguna referencia. Le preocupa el hecho que la segunda etapa del proceso, no tenga estándares establecidos y ha generado el tema que hoy se está discutiendo. Dado lo anterior, le parece que se deberían dedicar un día al tema específico y quizás que los funcionarios del CENDEISSS, presenten la información elaborada sobre ese tema, porque se les ha explicado qué elementos se consideran en cada una de las entrevistas, pero que se analice en forma más concreta. En el sentido de conocer qué temas en particular y sobre ese aspecto muy puntual, discutir cual sería una posible propuesta de la Caja a la UCR, por ejemplo, el tema de conocimiento, podría generar el reconocimiento que una persona que aspira a una especialidad tiene el conocimiento y la vocación, pero podría ser que en una entrevista las personas sean poco ágiles para contestar y como lo mencionó hace un momento la Dra. Sáenz Madrigal, en temas de familia, podría ser que una persona no se exprese tan bien como otras y depende mucho del desarrollo de la experiencia vivida de cada persona. No es lo mismo una persona que se desarrolló en la zona rural, la forma de verbalizar y expresar, la contundencia con la que se puede manifestar la experiencia de la vida que ha tenido, a lo que puede ser una persona de la zona central, como ilustración, ojalá con una familia de médicos donde su abuelo o su papá fue médico, porque existe un discurso incorporado en la familia que, obviamente, se produciría una mejor entrevista. Por ese motivo quien trabaja en las universidades y tienen muchos años ahí,

conocen que las entrevistas y los procesos deben ser muy bien estructurados, de lo contrario va a tender a privilegiar a las personas que tienen una mejor educación, una formación familiar, una historia de vida y la familia mucho más ligada a la profesión. Destaca que cualquier docente universitario con experiencia, conoce que hay debilidades en esos procesos y, repite, sería importante tener una sesión, donde se desarrolle el tema y se le deje claro a la UCR lo que siempre se ha indicado, en términos de que son los socios de la Caja en este tema.

Comenta la doctora Dominicque Guillén que se ha venido trabajando en el CENDEISSS, haciendo el análisis y la Caja puede indicar cuál es el perfil del profesional que desea, para que se dé una mejor atención al usuario, ese aspecto lo puede definir la Caja y a la vez puede indicar cuáles son las características de los espacios docentes y esa es la capacidad que se tiene. Sin embargo, no se puede olvidar que se deben establecer ciertos ítems y ciertas características para aprobar estos campos clínicos. En lo personal, después de trabajar 15 años en el tema de los campos clínicos, todos los médicos del Colegio de Médicos y las diferentes Instituciones, indican “que malos médicos tiene la Caja”, pero resulta que los profesores y quienes forman estos médicos son de la Seguridad Social. Considera que se debe realizar un alto y establecer ciertas normas y estándares, de hecho la Caja se plantea escenarios y el actual es, eventualmente, el que tiene la Caja, es hacia la apertura de la Institución compartiendo con entidades de la Seguridad Social y el tercer escenario que podría ser, es la Caja como formadora. Sin embargo, son aspectos que se deben analizar, pensando siempre que el principal objetivo es garantizar al usuario, que no tiene hasta ahora voto y el principal instrumento de estudio es el paciente. Considera que en el momento de establecer el modelaje del proceso de enseñanza y aprendizaje, cree que es la oportunidad de empezar a establecer las pautas y pensar en ese perfil de ese profesional, que se debe formar en la Institución, por lo que la preocupación de la Junta Directiva es igual a la del CENDEISSS, porque el tema se ha planteado, se le realizó una prueba acida de riesgo, el riesgo eventual de tener un modelo con participación mixta, pública y privada.

El Dr. Devandas Brenes apoya la propuesta de doña Marielos, en el sentido de que se le establezca una fecha, para que el CENDEISSS presente una propuesta sobre el sistema de ingreso de estudiantes al sistema de Posgrado. Además, le parece que es importante porque sería muy atinente en esa discusión por el punto dos, en términos de que quienes ingresan a los programas de posgrado, son trabajadores de la Caja y en ese punto, se indique cómo se les va a pagar, es decir, son funcionarios de la Caja y la Institución tiene una facultad extraordinaria, e indicar las personas que quieren que hagan el Posgrado, ya debidamente seleccionadas, como que fuera una persona que se selecciona para otorgarle una beca. De manera que se realice un análisis y si una universidad acepta esos estudiantes, el problema es de la universidad. Considera que es urgente resolver el tema, porque de lo contrario, sino se desliga ese obstáculo, se va a seguir teniendo un déficit de especialistas en el país. No conoce si en esos acuerdos se puede agregar uno más, en el que se le instruya al CENDEISSS que les presente las opciones e, incluir, en esos acuerdos una responsabilidad del CENDEISSS, en el sentido de plantear una propuesta sobre métodos de selección con una fecha tentativa de dos meses.

Por su parte, el señor José Luis Loría pregunta cuál es el impedimento que existe, para que el CENDEISSS se convierta en una universidad de la Seguridad Social, es decir, si existen las instalaciones, los médicos son los profesores, los recursos económicos y las plazas son de la Caja, lo que se tendría que gestionar es la acreditación de esas carretas ante el CONESUP. Por ejemplo, no solo son las carreras de especialidades médicas, sino los técnicos, las enfermeras, una

serie de recursos humanos en Seguridad Social, que deberían ser parte de una dinámica de una universidad de la Seguridad Social y el CENDEISSS cuenta, con todas las posibilidades de hacerlo, no entiende porque si existe toda esa infraestructura hospitalaria; además, los centros de docencia se encuentran en manos de la Caja, se podría; eventualmente, seleccionar el recurso humano que se requiere para poder brindar los servicios de salud con calidad. Dado lo anterior, solicita que se le instruya a la Gerencia Médica para que realice el ejercicio que se necesita.

Recuerda la doctora Sáenz Madrigal que existe un acuerdo sobre el tema, donde se indica que dentro de los escenarios se considere ese y se está analizando, el cual se presentará a consideración de la Junta Directiva; además, existe plantada una consulta sobre el particular ante la Dirección Jurídica y está pendiente de contestar. En cuanto a la propuesta de acuerdo, respecto del punto número 1) no hay objeción, y se da por recibido el informe, el segundo punto tampoco tiene objeción por ser un tema que está ligado al Reglamento y en el tercer punto tampoco tiene objeción.

El Director Barrantes Muñoz pregunta si el acuerdo número 1) de la propuesta se puede ampliar, con lo indicado por don Mario Devandas, en relación con los escenarios.

Pregunta la señora Presidente a la doctora Guillén para cuando estaría concluido este tema.

Responde la doctora Guillen que para finales del mes de enero próximo y aclara que el tema no son estudios de la UCR y lo que se ha hecho referencia de que la Universidad de Costa Rica, tiene una experiencia y metodología basada en un estudio. Además, el 70% de los estudiantes que se forman en la UCR y un 30% de los que van al exterior, les permite tener diferentes modelajes y conocimientos, lo cual favorecería mucho a la formación de los especialistas de la Institución.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que la recomendación de don Mario Devandas fue eliminar lo relacionado con el 70% y el 30%, el cual se tendrá que analizar a la luz de las becas y dejar lo correspondiente al estudio de costos y sugiere solicitar a la Gerencia Financiera, un estudio de costos para la formación de médicos especialistas.

Finalmente, se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-38424-2015, de fecha 09 de noviembre del año 2015, que en adelante se transcribe, en lo pertinente y suscribe la Gerente Médico y mediante el que se presenta el *Estudio de “Criterios para determinar la capacidad instalada en los posgrados médicos de las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología y Recuperación en las unidades docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social”*:

“RESUMEN EJECUTIVO:

La Gerencia Médica presenta los estudios de “Criterios para determinar la capacidad instalada en los posgrados médicos de las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología y Recuperación en las unidades docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social”, elaborados por el CENDEISSS.

ANTECEDENTES

1. La Junta Directiva mediante el acuerdo tomado en el artículo 22 de la sesión N°8762, señaló:

“ARTICULO 22°

La señora Presidenta Ejecutiva señala que el informe se daría por conocido, en vista de que el objetivo era la discusión y, en ese sentido, se han analizado tres puntos importantes: 1) que la Gerencia Médica volverá a remitir el recordatorio del cumplimiento de la normativa de lo que está vigente hasta ahora. 2) Que la Junta Directiva asuma las recomendaciones de los puntos de mejora del reglamento, porque es un tema importante y 3) La celeridad del estudio de especialistas. Son los tres aspectos que agradecerá sean revisados por el CENDEISS, para que presenten una contrapropuesta de cuándo es lo más pronto que podrían tenerlo listo, para la toma de decisiones. Está de acuerdo con la Ing. Alfaro Murillo con que, cuando se está realizando un estudio, siempre quiere más información para analizarla a profundidad y con más detalle, pero para la toma de decisiones de la Junta Directiva se requiere un panorama suficientemente claro para tomar decisiones. Insiste en que se trate de acortar el tiempo que les va a llevar ese estudio.”

2. La Junta Directiva mediante el acuerdo tomado en el artículo 28 de la sesión N°8766, señaló:

“ARTICULO 28°

Por consiguiente, con base en la preocupación externada por el Dr. Fallas, en la relación con la carencia de especialistas y la limitada capacidad de formación con que actualmente cuenta el país y acogida su moción, la Junta Directiva ACUERDA solicitar a la Gerencia Médica que, en conjunto con la Dirección del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), presente un análisis de las distintas opciones con que cuenta la Institución, para la ampliación de la capacidad formativa de especialistas.”

ACCIONES

Se adjuntan los siguientes estudios sobre criterios de capacidad instalada en posgrados médicos en las unidades docentes de la Institución:

1. Estudio “Criterios para determinar la capacidad instalada en el posgrado médico de la especialidad de Cirugía General en las unidades docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social”.
2. Estudio “Criterios para determinar la capacidad instalada en el posgrado médico de la especialidad de Anestesiología y Recuperación en las unidades docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social”.
3. Estudio “Criterios para determinar la capacidad instalada en el posgrado médico de la especialidad de Medicina Interna en las unidades docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social” ...”,

una vez realizada la presentación de los estudios de “Criterios para determinar la capacidad instalada en los posgrados médicos de las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología y Recuperación en las unidades docentes de la Caja Costarricense de Seguro Social”, por parte de la doctora Sandra Rodríguez Ocampo, Directora del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibidos los estudios presentados por la Gerencia Médica mediante el mencionado oficio número GM-SJD-38424-2015, según lo acordado por esta Junta Directiva en el artículo 22° de la sesión N° 8762 y en el artículo 28° de la sesión N° 8766.
- 2) Instruir a la Dirección de Administración y Gestión de Personal para que, en conjunto con la Dirección Jurídica, procedan analizar opciones de modalidades de contratación de los médicos residentes, así como la respectiva revisión de la legislación vigente en torno al tema.
- 3) Instruir a la Gerencia Médica para que realice la valoración de necesidades, según las brechas existentes, para la formación de especialistas en Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología y Recuperación, a efectos de recomendar lo pertinente para la creación de las plazas que correspondan.
- 4) En aras de contar con los insumos respectivos para la toma de decisiones a nivel institucional, instruir a la Gerencia Financiera para que realice un estudio de costos para la formación de médicos especialistas en el extranjero.

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

Se retiran del salón de sesiones la doctora Guillén Femenías y el licenciado Alfaro Jara.

ARTICULO 15°

Se tiene a la vista la consulta que se relaciona con el *Expediente N° 19591 “Modificación de la Ley 5395, Ley General de salud y adición de la Sección IV al Título XVI de la Ley 4573, Código Penal”*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota del 23 de octubre del año en curso, número P.E.47.944-15, firmada por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia del oficio número CJ-508-2015 de fecha 22 de octubre del año 2015, suscrito por la Jefa de la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias de Infraestructura y Tecnologías y Médica, quien coordinar lo correspondiente y debe remitir el criterio unificado.

Se recibe la nota firmada por la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-39286-2015, fechada 9 de noviembre del año en curso, que en adelante se transcribe textualmente:

“La Gerencia Médica ha recibido en fecha 26 de octubre del 2015, solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante, a fin de contar con el criterio de la Dirección Jurídica 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 26 de noviembre del 2015”,

y la Junta Directiva, por lo expuesto y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de 15 (quince) días hábiles más para responder.

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

Por otra parte, se tiene a la vista la consulta que compete al *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 del 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, de fecha 22 de julio del año 2015, suscrito por la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica contenido en el oficio número GM-SJD-38424-2015, fechado 9 de los corrientes.

La licenciada Coto Jiménez, con el apoyo de las láminas siguientes, se refiere al criterio en consideración:

A) **PROYECTO DE LEY N°19433 “LEY PARA GARANTIZAR EL INTERES SUPERIOR DEL NIÑO EN EL CUIDO DE LA PERSONA MENOR GRAVEMENTE ENFERMA”**

OBJETIVO: es reformar la Ley de beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal, señalando que toda persona activa asalariada responsable de cuidar una persona menor de edad agudamente enferma, gozará de licencia y subsidio, del mismo modo que el responsable de cuidar un paciente en fase terminal.

B) Incidencia:

- El presente proyecto de ley viene a complementar la normativa en la materia para la atención de casos debidamente calificados bajo criterio médico experto, y ello es congruente con los principios que inspiran la seguridad social y la razón de ser de nuestra institución.
- No hay ninguna objeción para la aprobación del presente proyecto de ley, ya que el mismo no roza con las potestades otorgadas a la Caja en cuanto a su funcionalidad.
- Se echa de menos de donde se tomarán los fondos para hacer frente a las obligaciones que se derivarán de la implementación de tales normas.

C) Conclusión:

- Esta Gerencia con base en los criterios técnicos externados, considera que el presente proyecto de ley resulta favorable, toda vez que no roza con las potestades otorgadas a la Caja en cuanto a su funcionalidad, no obstante, siendo que no se indica expresamente dentro proyecto de donde se tomarán los fondos para hacer frente a las obligaciones que se derivarán de la implementación de tales normas, se recomienda solicitar a la Comisión Legislativa consultante aclarar e incorporar en el texto del proyecto, de donde se tomaran los fondos para implementación del mismo.

D) Recomendación y propuesta de acuerdo:

- Por lo tanto, según lo expuesto y la recomendación realizada por la Gerencia Médica en el oficio GM-SJD-38587-2015 de fecha 12 de noviembre del 2015 en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente No. 19433 “LEY PARA GARANTIZAR EL INTERES SUPERIOR DEL NIÑO EN EL CUIDO DE LA PERSONA MENOR GRAVEMENTE ENFERMA”, la Gerencia Médica con base en todo lo anteriormente expuesto, recomienda a la Junta Directiva manifestar que proyecto de ley resulta favorable, toda vez que no roza con las potestades otorgadas a la Caja en cuanto a su funcionalidad, no obstante, siendo que no se indica expresamente dentro proyecto de donde se tomarán los fondos para hacer frente a las obligaciones que se derivarán de la implementación de tales normas, se solicita a la aclarar e incorporar en el texto del proyecto, de donde se tomaran los fondos para implementación del mismo.

La Licda. Coto presenta el Proyecto de Ley N° 19.433 que se denomina ley para garantizar el interés superior del niño en el cuidado de la persona menor gravemente enfermo. Básicamente, el objetivo de este proyecto es incluir dentro de la ley de beneficios, para los responsables de cuidar pacientes en fase terminal, una licencia para las personas que son asalariadas, que son responsables de cuidar un niño, gravemente, enfermo bajo una licencia que se cancelaría por medio de un subsidio, como se hace actualmente con las licencias de fase terminal. Analizando la incidencia del proyecto de ley, en lo que es la Institución, se establece que el tema viene a complementar lo que es la materia de atención, de casos que tienen que estar debidamente calificados, por un criterio médico experto, donde se indique cuál es el grado de enfermedad que tiene el paciente que vaya a generar la licencia a la persona que tenga que cuidarlo. No se determina ninguna objeción en lo que es, propiamente, la aprobación del proyecto, ya que el mismo, en cuanto a lo que es la parte jurídica, roza con las potestades que son de la Caja; sin embargo, destaca que se echa de menos dentro del proyecto de ley, de donde se van a tomar los fondos para realizar ese pago de esas licencias. La conclusión es que el proyecto, si bien se considera favorable, toda vez que no roza con las competencias institucionales, es importante hacer la recomendación, en términos de que no se indica de dónde se financiará para hacer los pagos de ese subsidio, porque actualmente los subsidios por licencia de fase terminal, se pagan por medio de fondos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) y son exclusivos para ese propósito. De manera que este proyecto aumentaría el pago que se va a tener que hacer en cuanto a licencias de esa naturaleza. Siendo que no se establecen cuáles van a ser los fondos para la implementación de la norma, se recomendaría a la Comisión aclarar e incorporar dentro del texto del proyecto, cómo se financiará para su implementación. En esos

términos sería la recomendación y la propuesta de acuerdo, en el sentido de que se manifiesta de que el proyecto resulta favorable, porque no roza con las potestades institucionales y no se indica, expresamente, cuál va a ser el monto, ni el financiamiento, para hacer los pagos de las obligaciones que se derivan del proyecto de ley y se está recomendando a la Comisión que, efectivamente, se aclare o se incorpore dentro del proyecto de ley el financiamiento, para el pago de los subsidios.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que la redacción de la propuesta de acuerdo debe ser distinta, porque se está indicando una contradicción. La redacción sería en términos de que la Caja no se manifiesta en relación con el proyecto de ley, porque no se indica cuál va a ser el financiamiento.

Respecto de una pregunta de la Dra. Sáenz Madrigal, tendiente a conocer si en algún momento, en el Proyecto de Ley se indica que la Caja va a cubrir esas licencias, responde la Licda. Coto que no se indica.

Por su parte, el Subgerente Jurídico comenta que el proyecto de ley, también se analizó en la Dirección Jurídica y se determinó que existe un tema de fondo, pero en ningún momento se indica que la Caja debe cubrir subsidios de ninguna especie, sería presumirlo y el proyecto de ley es loable en cuanto al fin que persigue. Es rescatar la posición de la Caja de que no se opone al proyecto, porque el fin es loable. Sin embargo, debe quedar claro de dónde se va a tomar el financiamiento para el pago del subsidio.

Respeto de una inquietud, aclara la Licda. Coto que es, básicamente, como se hace el procedimiento para los subsidios de la fase terminal, con un criterio técnico del médico experto y considerando esa parte técnica, se extendería la licencia.

Considera la Dra. Sáenz Madrigal que si bien el proyecto de ley es loable, al no incluirse de donde provienen los recursos económicos, la Institución no emite criterio.

Manifiesta el Director Devandas Brenes que la Ley actual, sí indica que esas licencias las paga FODESAF, el proyecto de ley es una modificación a una Ley que está vigente y, repite, en la Ley se indica que las licencias las paga FODESAF, es decir, no es un proyecto de ley nuevo y esa parte no se está modificando.

Señala el Lic. Alfaro Morales que lo que señala doña Marielos Alfaro es viable, es indicar que la Caja no se opone al proyecto y no hacer referencia del tema económico.

Coincide el Dr. Devandas Brenes con lo señalado por la Ing. Alfaro Murillo y, además, solicita una modificación a la redacción de la propuesta de acuerdo, en términos de eliminar donde se indica: “DEL NIÑO EN EL CUIDO DE LA PERSONA MENOR GRAVEMENTE ENFERMA”, la Gerencia Médica.

La Ing. Alfaro Murillo manifiesta su disconformidad, porque al no estar de acuerdo con la licencia extraordinaria, encontrada en el artículo 13°, por lo que solicita que se anote que ella vota totalmente en contra y cita el artículo 2° que indica: ...”La Caja en su condición de ente aseguradora, otorgará una licencia extraordinaria mediante el pago de un subsidio...”.

El Dr. Mario Devandas sugiere que este tema quede pendiente de resolución, hasta que sea revisado exhaustivamente.

Señala la Dra. Sáenz Madrigal que entendió que la reforma es para dos artículos de la actual Ley.

Aclara la Ing. Alfaro Murillo que el segundo artículo es una reforma de la Ley original, a la que hace referencia el Dr. Devandas y dentro de esa reforma está incluido el artículo 13°, el cual establece que la Institución otorgará una licencia extraordinario mediante pago de un subsidio.

Finalmente, se toma nota de que se solicita el análisis del aspecto a que ha hecho referencia la Directora Alfaro Murillo y que se presente en la próxima sesión.

ARTICULO 16°

Se toma nota de que se distribuye, para estudio y conocimiento en la sesión del 19 de noviembre en curso, el oficio N° GM-SJD-39277-2015, de fecha 09 de noviembre del año 2015, firmado por la señora Gerente Médico, que contiene el Informe de la administración del Contrato N°01-2009 Centro Médico Radioterapia Irazú S.A.

Por otra parte, se dispone reprogramar para la sesión del 17 de los corrientes los asuntos que se detallan:

- 1) Oficio N° GM-SJD-38670-2015, fechado 28 de octubre del año 2015, que firma la Gerente Médico: informe de acciones sobre Acta de Acuerdos suscrita por la Dirección Médica, la Dirección Administrativa Financiera, la “Comisión Negociadora de Médicos” del Hospital México, las organizaciones sindicales y la Gerencia Médica, la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, la Gerencia Administrativa y la Gerencia Financiera.
- 2) Atención artículo 23° de la sesión número 8809 del 5 de noviembre en curso: **se retoma** oficio N° GM-SJD-36373-2015 de fecha 16 de setiembre del 2015: atención artículo 3°, sesión N° 8755 del 11-12-14: propuesta reforma integral al *Reglamento Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa y derogatoria del Reglamento de la Modalidad de Atención Integral de Medicina Empresa.*

ARTICULO 17°

Conocida la información verbal que presenta la señora Presidenta Ejecutiva, en relación con la invitación que cursan: la señora Gina Magnolia Riaño Barón, Secretaria General de la OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social), así como el señor Francis Zúñiga González, Director Regional y Jefatura de Misión de la OISS, para las reuniones que se realizarán en Lima, Perú: Reunión del *Comité Permanente de la OISS*; Reunión del *COMITÉ REGIONAL DE CENTROAMERICA Y EL CARIBE*, que tendrán lugar el 25 de noviembre del año 2015; Segundo Congreso sobre “*Derechos Ciudadanos en Salud*”, así como el “*VII Congreso de Órganos Reguladores y de control de sistemas Sanitarios*”, programados para el 25, 26 y 27 de noviembre en curso, y dado el interés que revisten los temas que ahí serán tratados, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** designar el señor Gerente de Pensiones, licenciado Jaime

Barrantes Espinoza, para que participe en las Reuniones en referencia. Al efecto, se le concede el respectivo permiso con goce de salario del 24 al 28 de noviembre en curso.

Se toma de que los organizadores le cubrirán los gastos de transporte y de estada.

Por otra parte y en virtud de la participación del licenciado Barrantes Espinoza en las actividades citadas, se **ACUERDA** que el Gerente Financiero asuma temporalmente, del 24 al 28 de los corrientes, las funciones de la Gerencia de Pensiones.

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

ARTICULO 18°

Se toma nota de que se distribuye, para su estudio y conocimiento en la sesión del 19 de noviembre en curso, el oficio N° GA-23745-15, fechado 30 de octubre del año 2015, que firma el señor Gerente Administrativo y mediante el cual presenta el informe de avance concursos para nombramientos en propiedad en la CCSS II-Tracto-2015.

ARTICULO 19°

Se tiene a la vista la consulta que se relaciona con el *Expediente N° 19.670, Proyecto “Ley para asegurar la paridad en la integración de los órganos colegiados de las instituciones públicas”*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 30 de octubre del año en curso, número P.E.48.028-15, firmada por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia del oficio número CM-079-2015, del 30 de octubre del año 2015, suscrito por la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Administrativa, en el oficio número GA-23814-15, del 11 de noviembre del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee así:

I. “Antecedentes

Mediante oficio CM-079-2015 suscrito por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, se solicita el criterio de la Institución, sobre el texto en consulta **“Para Asegurar la Paridad en la Integración de los Órganos Colegiados de las Instituciones Públicas”.** Expediente N° 19.670.

En oficio P.E. 48.028-15, la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, Licda. Mónica Acosta Valverde, remite la solicitud mencionada a la Secretaria de Junta Directiva, Emma Zúñiga Valverde. Misma que mediante nota JD-PL-0059-15, de fecha 30 de octubre del año 2015, solicita a la Gerencia Administrativa externar criterio referente al expediente mencionado.

II. Resumen proyecto

La iniciativa es impulsada por la Diputada Maureen Clarke Clarke; plantea la integración paritaria de las Juntas Directivas de las Instituciones estatales y acciones afirmativas desde el

Consejo de Gobierno para garantizar la paridad de género. Señala que de las 31 Instituciones consultadas sobre la conformación de las juntas directivas, se obtiene respuesta de 23 de ellas, determinándose que solo dos Instituciones tienen mayoría de mujeres en sus puestos de juntas directivas: el Instituto Nacional de las Mujeres (100 por ciento de mujeres) y el Banco Central de Costa Rica (61 por ciento de mujeres). En promedio las demás instituciones están conformadas en un 60% hombres y 40% mujeres.

III. Análisis Legal

Habiéndose realizado el análisis correspondiente por parte del Programa para la Equidad de Género y la Asesoría Legal de la Gerencia, ruego considerar los siguientes aspectos relacionados con la iniciativa:

El Proyecto de Ley propuesto está fundamentado en la Convención Americana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belén do Pará) la cual estipula además que entre estos derechos se encuentra “*el derecho de las mujeres a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones*”. (ONU; Art. 4, inciso j; 1993).

Por otra parte, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), instrumento también ratificado por el Estado Costarricense, se preocupa por el derecho al voto y a la elegibilidad para cargos en los grupos de toma de decisión. Esto implica básicamente garantizar la representatividad pública de las mujeres bajo el principio de paridad. La Convención destaca el papel fundamental que debe jugar el Estado en la promoción de la igualdad real, el enfoque de derechos que debe inspirar a las políticas públicas y la importancia de los cambios culturales para consolidar la igualdad entre mujeres y hombres a todo nivel.

En el país, han sido varios los esfuerzos por regular el tema de paridad, destacando el proyecto de Ley de Igualdad Real de la Mujer fue aprobado por la Asamblea Legislativa de Costa Rica en 1990 con el nombre de Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer (Ley 7142).

Asimismo, la Vicepresidenta del Tribunal Supremo de Elecciones, señala tres objetivos del proyecto original: a) evidenciar qué fenómenos culturales como el machismo eran un impedimento para la participación política de las mujeres, b) establecer una norma jurídica que forzara a los partidos políticos a incorporar mujeres en las listas de candidatos a los órganos partidarios y cargos de elección popular; y c) establecer legislación que obligara a los partidos políticos a destinar recursos para la capacitación de las mujeres.¹

Posteriormente, en 1996, a través de la reforma del Código Electoral, se incorpora una cuota mínima de género de 40%. El nuevo texto aprobado obligaba a los partidos políticos a incluir en sus estatutos los mecanismos necesarios para asegurar la participación de las mujeres, por lo menos en un porcentaje del 40%, tanto en su estructura partidaria como en las papeletas para los puestos de elección popular y en las delegaciones de las asambleas distritales, cantonales y provinciales. Esta ley demostró una alta efectividad que posicionó a Costa Rica en el tercer lugar

¹ Zamora Chavarría, Eugenia. “El principio de paridad de género en el nuevo Código Electoral”. En: Revista Derecho Electoral, n.º 9 Primer semestre, n.º 9, enero-junio de 2010

mundial en número de mujeres parlamentarias, esto por la aplicación de la interpretación jurisprudencial del Tribunal Supremo de Elecciones que indicó que el 40% se debe aplicar sobre los puestos realmente elegibles.

La Ley de la República, No. 8901, *Porcentaje mínimo de mujeres que deben integrar las directivas de asociaciones sindicatos y asociaciones solidaritas* establece la representación paritaria de ambos sexos en el porcentaje mínimo de mujeres que deben integrar las directivas de asociaciones, sindicatos y asociaciones solidaristas, agrega que “*en toda nómina u órgano impar la diferencia entre el total de hombres y mujeres no podrá ser superior a uno*”.

El proyecto pretende una norma que incluya los órganos colegiados del sector público, en especial Instituciones autónomas y descentralizadas, esta línea, está acorde con recientes pronunciamientos de la Sala Constitucional, quien en diversos votos ha señalado la necesidad de mantener la paridad de los órganos colegiados, amparado en la Ley de *Promoción de Igualdad Social de la Mujer* y la *Convención sobre toda forma de discriminación contra la mujer*².

Se trata también de Acción Afirmativa, que significa “*eliminar las prácticas discriminatorias en contra de sectores históricamente excluidos como las mujeres o algunos grupos étnicos, preferencias sexuales o raciales, personas desarraigadas en estado de vulnerabilidad, individuos con alto grado de discapacidad física y/o psíquica abarcando esta un amplio campo en el que muchas generan gran rechazo. Se pretende entonces aumentar la representación de éstos, a través de un tratamiento preferencial para los mismos y de mecanismos de selección expresamente encaminados a estos propósitos*”³.

El tema de búsqueda de la igualdad de género según el UNESCO “*es un elemento central de una visión de la sostenibilidad en la cual cada miembro de la sociedad respeta a los demás y desempeña un papel que le permite aprovechar su potencial al máximo. La amplia meta de la igualdad de género es una meta social a la que la educación y las demás instituciones sociales deben contribuir. La discriminación de género está imbricada en el tejido de las sociedades. En muchas sociedades, las mujeres llevan la carga principal de la producción de alimentos y la crianza de los niños. Además, las mujeres a menudo son excluidas de las decisiones familiares o comunitarias que afectan a sus vidas y bienestar*”.

De igual forma la ONU, ha señalado que “*Empoderar a las mujeres y promover la igualdad de género es fundamental para acelerar el desarrollo sostenible. Poner fin a todas las formas de discriminación contra mujeres y niñas no es solo un derecho humano básico, sino que además tiene un efecto multiplicador en todas las demás áreas del desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible se apoyarán en estos logros para garantizar el fin de la discriminación a mujeres y niñas en todo el mundo. Sin embargo, en algunas regiones aún existen grandes desigualdades en el acceso a empleo remunerado entre hombres y mujeres y enormes brechas en el mercado laboral. Los obstáculos más difíciles de superar y que aún persisten son la violencia y la explotación sexual, la división desigual del trabajo no remunerado -tanto doméstico como en el cuidado de otras personas- y la discriminación en la toma de decisiones en el ámbito público*”.

² Voto Sala constitucional N° 716. Voto y 2014-14522 Aresep y Banhvi respectivamente

³ https://es.wikipedia.org/wiki/Discriminaci%C3%B3n_positiva

Siendo entonces el presente proyecto de ley, una iniciativa acorde con la promoción de los derechos humanos, convenios internacionales ratificados por el país y la normativa vigente en temas de eliminación de formas de discriminación, razones por las cuales, este Despacho en su análisis encuentra la iniciativa loable y acorde con los esfuerzos del país en materia de Derechos Humanos.

Por otro lado y en cuanto al tema de técnica legislativa es necesario señalar que la propuesta es ayuna y poca clara, pues carece de procedimiento, de sanciones y de responsables de la vigilancia de la norma.

En ese sentido se tiene que *“Las disposiciones procedimentales deben describir el procedimiento cronológicamente sin perder de vista que cada paso del procedimiento constituye, en sí mismo, una norma, se debe cuidar de describir los procedimientos la Ley deba crear un órgano encargado de su aplicación o de la vigilancia de su cumplimiento, es también frecuente que deba incluirse en la ley el procedimiento dentro del cual deberá actuar dicho órgano, la buena técnica legislativa indica que las normas de creación y organización de esa entidad deben preceder a las que establecen el procedimiento. Por otro lado el concepto de norma sancionatoria, abarca no sólo las normas que implican sanciones a las personas físicas o jurídicas, sino que también incluye aquellas normas que dada una obligación legal a cumplir, establecen qué solución legal existe para el caso de incumplimiento”*.⁴

Dado lo anterior, es recomendación de este Despacho que el legislador deberá establecer una técnica legislativa que permita obtener una norma que responda no solo a la necesidad social de regulación sino a las pautas de legislativas que permitan tener una regulación clara y aplicable. Recordando que la *“Ley es una determinación normativa de orden positivo dirigido a generar un derecho o hacerlo efectivo, modificarlo o en definitiva extinguirlo, además de identificar claramente que la estructura, con sus dos variantes, en la forma o en el fondo, se cumplan los parámetros de constitucionalidad”*.⁵

IV. Conclusiones

En consideración al análisis realizado por el Programa de Equidad de Género, concluimos lo siguiente:

Costa Rica es signatario de la gran mayoría de los instrumentos jurídicos internacionales de derechos humanos y en este caso particular, las de los derechos de las mujeres, se constituye en un Estado garante, lo que prohíbe reproducir cualquier acto de discriminación contra sus ciudadanos y ciudadanas.

La Ley de Promoción de Igualdad Social de la Mujer, reza en su artículo 1, que *“es obligación del Estado promover y garantizar la igualdad de derechos fundamentales entre hombres y mujeres en los campos político, económico, social y cultural”*.

⁴ Manual de Técnica legislativa http://www.hss.de/fileadmin/americalatina/Bolivia/downloads/Manual_de_Tecnica_Legislativa.pdf

⁵ Manual de Técnica legislativa http://www.hss.de/fileadmin/americalatina/Bolivia/downloads/Manual_de_Tecnica_Legislativa.pdf

La igualdad y la equidad deben ser principios a contemplar en todas las Instituciones, y en el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social, son dos de los baluartes filosóficos fundamentales de la Institución, motivo por el que debe promover acciones que reduzcan las desigualdades hacia las mujeres y que les garanticen el pleno derecho a ejercer plenamente la ciudadanía, lo que desde la perspectiva de género, se ha plasmado en la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género, aprobada por la Junta Directiva.

En relación a la técnica legislativa, la propuesta de ley, es ayuna en cuanto a los parámetros mínimos de procedimiento, ente regulador y sanciones, lo que convertiría la norma en un enunciado positivo, pero sin el rigor y la aplicabilidad necesaria que debe contener una ley de la República”.

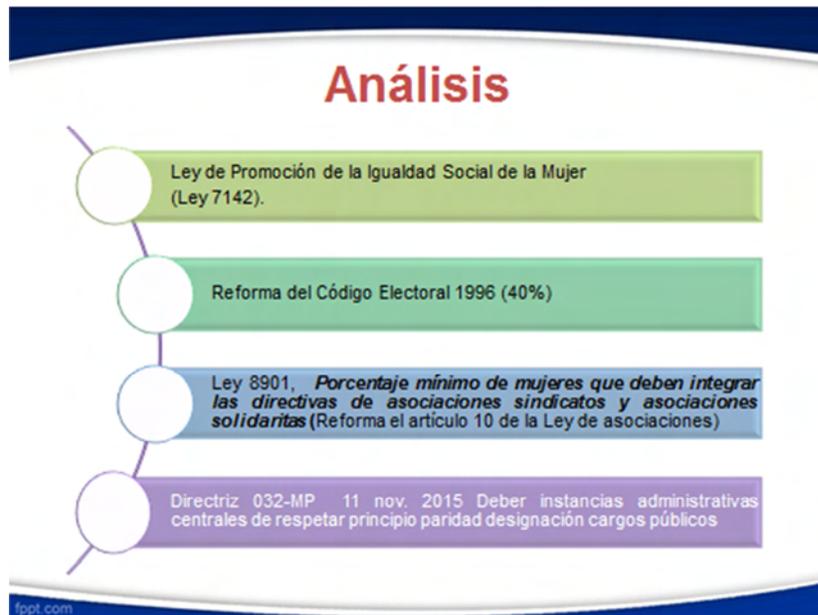
La licenciada Baena Isaza, con el apoyo de las siguientes láminas, se refiere al criterio en consideración:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Administrativa
Proyecto de Ley para asegurar la paridad en la integración de los órganos colegiados de las Instituciones Públicas
 Expediente 19.670
 Diputada Maureen Clark.

2)



3)



4)



5) Propuesta de acuerdo:

Conocido el oficio CM-079-2015 suscrito por la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, que solicita el criterio de la Institución, sobre el proyecto de ley **“Para Asegurar la Paridad en la Integración de los Órganos Colegiados de las Instituciones Públicas”**. Expediente Nº 19.670, con fundamento en las consideraciones y recomendaciones vertidas en oficio GA-23814-15 de la Gerencia Administrativa y en el criterio vertido por el Programa Para la Equidad de Género, enviado mediante oficio PPEG-098-15, la Junta Directiva acuerda comunicar a la

Comisión consultante, que la iniciativa de Ley se constituye en una acción afirmativa para promover la igualdad de género, en consonancia con los derechos fundamentales plasmados en convenios suscritos por el país en la materia. No obstante, para que la propuesta no quede en un enunciado positivo sin posibilidad de una clara y efectiva aplicación en el país, -a la luz de la técnica legislativa- se recomienda revisar la propuesta, debido a que el texto carece de elementos esenciales como procedimientos, órgano regulador y posibles sanciones.

Por consiguiente, con fundamento en las consideraciones y recomendaciones vertidas en el citado oficio número GA-23814-15 y en el criterio vertido por el Programa para la Equidad de Género, enviado mediante la nota número PPEG-098-15, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** comunicar a la Comisión consultante que la iniciativa de Ley se constituye en una acción afirmativa para promover la igualdad de género, en consonancia con los derechos fundamentales plasmados en convenios suscritos por el país en la materia. No obstante, para que la propuesta no quede en un enunciado positivo sin posibilidad de una clara y efectiva aplicación en el país -a la luz de la técnica legislativa- se recomienda revisar la propuesta, debido a que el texto carece de elementos esenciales como procedimientos, órgano regulador y posibles sanciones.

En forma adicional, esta Junta Directiva señala que el Proyecto de ley afectaría la autonomía institucional consagrada constitucionalmente, considerando que la conformación de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social corresponde a diferentes gremios además del Consejo de Gobierno.

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

El doctor León Alvarado y la licenciada Baena Isaza se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el señor Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón, la ingeniera Méndez Esquivel y la licenciada Alexandra Saborío Martínez, funcionarias de la Dirección de Presupuesto.

ARTICULO 20°

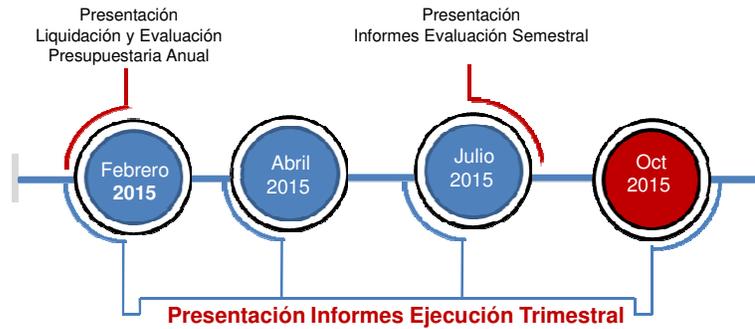
Se tiene a la vista el oficio N° GF-40.931-15, fechado 23 de octubre del año 2015, que contiene el Informe de ejecución presupuestaria del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 30 de setiembre del año 2015.

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

- 1) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Financiera
Dirección de Presupuesto
Informe ejecución presupuestaria
Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
Al 30 de setiembre de 2015

2) GF-40.931.

Presentación ejecución presupuestaria sustentado en la normativa técnica de la CGR



→ Normas Técnicas de Presupuesto Público, emitido por la CGR (4.3.15 y 4.3.19).

3)

Informe de **ejecución** presupuestaria contenidos y alcances

	<p>Evalúa ejecución real de los ingresos y egresos de los Seguros de Salud, IVM y RNC que administra la institución, con cortes a marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año, con el propósito de conocer y analizar los resultados obtenidos en relación a la programación establecida.</p>
	<p>Proporciona información clave para la toma decisiones en materia financiera.</p>
	<p>Los informes de junio y diciembre se presenta en conjunto con la información de planificación institucional.</p>
	<p>2 Informes en Diciembre: Ejecución IV Trimestre y Liquidación Presupuestaria.</p>

4) Informe ejecución presupuestaria Seguro de Salud Al 30 de junio de 2015.

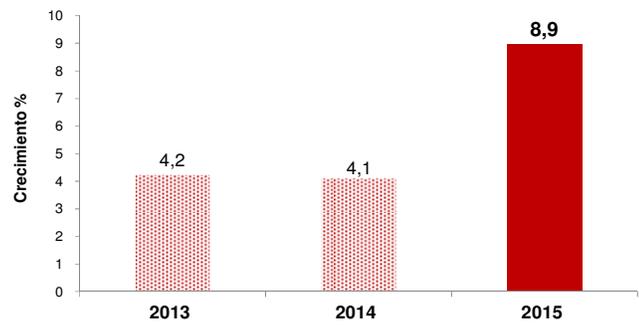
5)

Ingresos totales del Seguro de Salud al 30 de setiembre de 2015 - cifras en millones de colones-

Clasificación	Presupuesto Modificado	Ingresos	Diferencia	% Ejec.	% Part.
Ingresos Corrientes (A+B+C)	1,763,451.4	1,326,402.0	437,049.3	75.2%	85.5%
A. Ingresos por Contribución	1,509,750.2	1,120,166.0	389,584.2	74.2%	72.2%
Sector Público	707,086.5	515,969.9	191,116.5	73.0%	33.2%
Sector Privado	802,663.7	604,196.0	198,467.7	75.3%	38.9%
B. Ingresos No Tributarios	59,710.1	60,425.8	-715.6	101.2%	3.9%
C. Transferencias Corrientes	193,991.0	145,810.3	48,180.8	75.2%	9.4%
Ingresos de Capital	755.6	273.8	481.7	36.2%	0.02%
Financiamiento	86,493.9	225,472.6	-138,978.7	260.7%	14.5%
Financiamiento Externo	16,766.0	9,666.5	7,099.5	57.7%	0.6%
Recursos Vigencias Anteriores	69,727.9	215,806.1	-146,078.2	309.5%	13.9%
Total de Ingresos	1,850,700.8	1,552,148.4	298,552.4	83.9%	100.0%

6)

Tasas reales de variación de las contribuciones del Seguro de Salud, a setiembre 2013 – 2015 (Deflator IPC Base: Setiembre 2012 = 100)



7)

Ingresos no tributarios -Cifras en millones de colones-



8)



9)

Comparativo Ingresos del SEM
A Setiembre 2014 – 2015 -cifras en millones de colones-

Clasificación económica	Set-14	Set-15	%Crec	
Ingresos Corrientes	1.212.086	1.326.402	9,4%	
Contribuciones Sociales	1.037.197,5	1.120.166	8,0%	Se han desacelerado debido a la menor actividad económica.
Contribución Sector Público	479.162,2	515.969,9	7,7%	
Contribución Sector Privado	558.035,3	604.196	8,3%	
Ingresos no Tributarios	57.610,1	60.425,8	4,9%	Serv. Méd. Asist. (-20%)
Transferencias corrientes	117.278,4	145.810,3	24,3%	Intereses (+32%)
Ingresos de Capital	306,5	273,8	-10,7%	Pago deuda Estado
Financiamiento	137.924	225.472,6	63,5%	Vencimiento TUDES en 2014
Financiamiento externo	0	9.666,5	-	Préstamo BCIE
Recursos vigentes anteriores	137.924,0	215.806,1	56,5%	
Total de ingresos	1.350.316,5	1.552.148,4	14,9%	

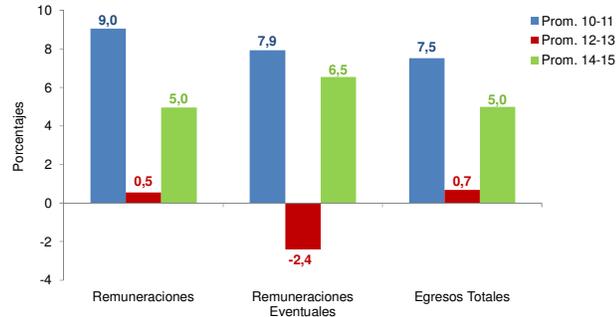
10)

Gastos totales del Seguro de Salud
al 30 de setiembre de 2015 – cifras en millones de colones-

Clasificación	Presupuesto Modificado	Egresos	Diferencia	% Ejec.	% Part.
Remuneraciones	1,187,377	770,970	416,407	65	65
Servicios	165,334	94,493	70,842	57	8
Materiales y Suministros	258,677	195,002	63,676	75	17
Intereses y Comisiones	1,943	1,229	714	63	0.1
Activos Financieros	67	26	40	41	0.002
Bienes Duraderos	106,670	27,727	78,943	26	2
Transferencias Corrientes	111,163	89,251	21,911	80	8
Amortización	3,973	3,324	649	84	0.3
Cuentas Especiales	15,497	0.0	15,497	0	0.0
Total de Egresos	1,850,701	1,182,022	668,679	63.9	100.0

11)

Tasas reales¹ de variación de las remuneraciones, partidas variables y egresos totales Promedios a Setiembre 2010-2011, 2012-2013 y 2014-2015

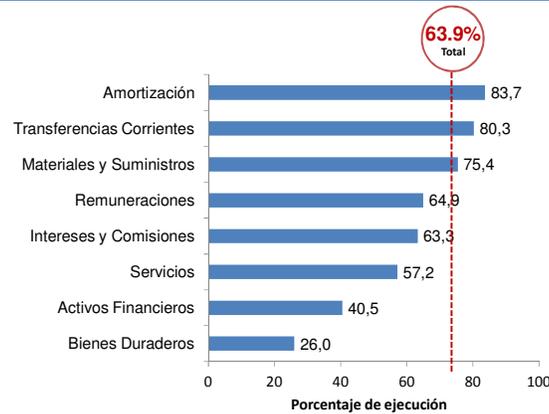


Aumento Salarios (II Sem 2015) 0.08%
Se pagará a finales de octubre

¹ Deflactor: IPC Base: Setiembre 2009 = 100

12)

Porcentaje de ejecución presupuestaria de los Gastos del Seguro de Salud, al 30 de setiembre de 2015



13)

Comparativo Egresos del SEM A Setiembre 2014 – 2015 – Cifras en millones de colones-

Clasificación económica	Set-14	Set-15	%Crec	Inflación Set - 2015	
Remuneraciones	715.307	770.970	7,8%	-0.86%	
Servicios	90.909	94.493	3,9%		Alquiler edificios (-16.8%) Traslados (-5.6%)
Materiales y Suministros	168.166	195.002	16,0%		Medicinas (18.1%) Instrum. Médicos (24.3%)
Intereses y Comisiones	1.339	1.229	-8,2%		Intereses sobre préstamos
Activos Financieros	12	27	138,3%		Auxilios reembolsables
Bienes Duraderos	30.460	27.726	-9,0%		Contribuciones (-7.1%) Maquina y equipo (-12.6%)
Transferencias Corrientes	76.301	89.251	17,0%		Subsidios (16.9%)
Amortizaciones	3.372	3.324	-1,4%		
Total de ingresos	1.085.864	1.182.022	8,9%		

14)

Indicadores de la ejecución presupuestaria del Seguro de Salud: Setiembre 2014-2015

Indicador	2014	2015
Ejecución presupuestaria		
Ingresos Corrientes	74.6%	75.2%
Ingresos Totales	76.5%	83.9%
Egresos Totales	61.5%	63.9%
Crecimiento		
Crecimiento de Ingresos Totales	10.5%	14.9%
Crecimiento de Contribuciones	9.5%	8.0%
Crecimiento de Egresos Totales	5.4%	8.9%
Crecimiento de Remuneraciones	6.4%	7.8%
Solvencia Presupuestaria		
Egresos Corrientes / Ingresos Corrientes	86.8%	86.8%
Estructura del Gasto		
Remuneraciones / Egresos Totales	65.9%	65.2%
Gasto en Inversión		
Bienes Duraderos / Contribuciones	2.9%	2.5%

15)

Principales resultados de la ejecución presupuestaria del Seguro de Salud, a Setiembre 2015

- 01 Ejecución presupuestaria de los ingresos corrientes se ajusta a lo programado, con un 75.2%.
- 02 Contribuciones a la seguridad social crecen 8.0% en 2015, luego de crecer 9.5% a setiembre de 2014.
- 03 Las transferencias corrientes del Gobierno Central incluyen el ingreso de ¢14,506.6 millones correspondiente al convenio de pago para la cancelación parcial de la deuda del Estado con la CCSS, realizado en setiembre.
- 04 Pago del Gobierno por concepto del convenio de asegurados por el Estado ¢7,800 millones.

16)

Principales resultados de la ejecución presupuestaria del Seguro de Salud, a Setiembre 2015

- 05 El gasto por remuneraciones se mantiene dentro de los márgenes esperados de ejecución (64.9%) y un crecimiento de 7.8%.
- 06 La ejecución del gasto en servicios fue de 57.2% y la de materiales y suministros de 75.4%.
- 07 En inversiones se ejecutaron ¢27,726.2 millones (26.0% de ejecución) de los cuales ¢17,452.9 millones correspondieron a la subpartida de Edificios.

Respecto del Informe en consideración señala el Gerente Financiero que el gasto debería estar en el margen del 75%, porque se está en las tres cuartas partes del año. Aunque las partidas no se comportan, necesariamente, de esa forma pero las más significativas, por ejemplo, las correspondientes a Ingresos por Contribuciones, su ejecución está en el 74.2%; lo cual se relaciona de alguna forma con las estimaciones que se hacen y con lo que va sucediendo. Recuerda que el sector público en este año ha tenido aumentos relativamente escasos, lo que no le ha permitido crecer o no se haya ejecutado hasta el 75%, pero aun así, las diferencias son relativamente pocas. Por ejemplo, en Ingresos no Tributarios, a ese momento del año, se tiene una ejecución del 101.2%, lo cual significa que por ese concepto se han recibido más ingresos de lo que se tenía previsto presupuestariamente. En cuanto a Transferencias Corrientes que son las que realiza el Estado, se tiene una ejecución de un 75%, porque cuando el Gobierno programa transferencias, lo que hace es dividir las en un doceavo, entonces, es la razonabilidad al 75% y, luego, el tema de excedentes anteriores, es el impacto que se tiene producto del excedente del año 2014, el cual se ha estado abordando en otras presentaciones por un monto de doscientos quince mil millones de colones. Entonces, comparado ese monto con lo que está contenido en el presupuesto, es un 309% superior de lo que se tiene presupuestado. En relación con las partidas de Ingresos no Tributarios, se tienen las ventas de servicios a cooperativas, correspondiente a la recuperación de medicamentos. En cuanto al tema del Instituto Nacional de Seguros (INS), la recaudación o lo que se recibe, por el trámite que se hace a los entes externos, la administración del IVM, las multas y destaca que dos de esos conceptos, hacen que esos ingresos estén creciendo más de lo programado, en términos de que, efectivamente, el pago de los quince mil millones de colones de la deuda del Estado, para lo que corresponde al Seguro de Salud, aumenta los ingresos, es decir, la recuperación de los intereses sobre la deuda del Estado y lo otro aspecto, es como se ha tenido mayor liquidez, se tienen muchos más recursos en los bancos, para el pago de aguinaldo, el salario escolar y otros, lo cual ha permitido que esas inversiones de corto plazo, generen ingresos por interés superiores a los que en años anteriores se han generado. En cuanto a las transferencias por cuotas complementarias de trabajador independiente, se tiene una recaudación de alrededor de sesenta mil millones de colones, por la atención de indigentes sesenta mil millones de colones. Lo correspondiente a la cuota del Estado es por un monto de treinta mil millones de colones. Los quince mil millones de colones que le correspondían al Seguro de Salud, por el pago de convenios están incluidos en los ingresos.

Respecto de una inquietud del Director Loría Chaves, señala el Lic. Picado Chacón que los ingresos correspondientes a la partida de Cuota Complementario, se registra en forma independiente, en la cual el trabajador independiente cotiza una parte y el Estado el complemento y es lo que se entiende, como cuota complementaria. Continúa y señala que en cuanto a los ingresos por la Ley del Tabaco, al mes de setiembre de este año, hay registrados ingresos por cuatro mil doscientos sesenta y tres millones de colones y como es una partida a la cual, se le da seguimiento, se hicieron una serie de trámites ante la Tesorería Nacional del Ministerio de Hacienda, porque querían establecer como política dejar los recursos provenientes de la Ley del Tabaco, bajo un concepto que se denomina Caja Única del Estado, significa que la Caja no accedería a los recursos, hasta que no los gaste y aplicaron ese procedimiento, pero luego de algunas negociaciones recientemente, se logró que los recursos de este año que están retenidos por ese concepto, fueron desembolsados y hace unos semanas se finiquitó un traslado de diez mil millones de colones que estaban pendientes. Por lo que se tienen registrados alrededor de catorce mil millones de colones y se había hecho una modificación al presupuesto, porque se tenían más de veinte mil millones de colones y el Ministerio de Hacienda, hizo una disminución de

alrededor de mil quinientos millones de colones, pero esa cifra que está muy por debajo de las expectativas. Repite, el mecanismo que se estableció es que no aplica el concepto de Caja Única, sino que se traslada a la Caja como beneficiario de esa Ley.

En relación con una consulta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer el gasto por un monto de novecientos cuarenta y ocho mil millones de colones, por pacientes en fase terminal, indica el Gerente Financiero que esos recursos los traslada el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), para atender el programa de fase terminal, el cual se tiene establecido para los cuidadores. Además, la Caja no tiene la figura de un programa de fase terminal, solo licencias e incapacidades. Continúa y señala que se han recibido alrededor de cuarenta y cinco mil millones de colones, que como lo había indicado es el 75%, es decir, está en función de lo que se tenía presupuestado y cuando se incluyan los diez mil millones de colones al final del año, se van a concluir con ingresos superiores al 100%, producto del pago de quince mil millones de colones que hizo el Estado y reforzó en la materia de transferencia. La recaudación relacionada con contribuciones, a pesar de la recesión o de la baja actividad económica, no crecen como crecían en años anteriores, pero están creciendo a un ritmo de alrededor del 8% y cuando se termina el período, en términos reales con una inflación de alrededor de un 0%, hoy en día las contribuciones están creciendo en términos reales de los años 2013-2014, porque en años anteriores fue de un 4.5% el crecimiento real. En Ingresos no Tributarios, comparando el mes septiembre del año anterior al mes de setiembre de este año, se tiene que los intereses crecieron en un 32%; además, las Transferencias Corrientes crecieron en un 25%, con un efecto del pago del Estado y luego, en el tema de financiamiento externo, son recursos que han ingresado del préstamo del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), para el pago de la inversión que se está haciendo en la torre del Hospital de Nicoya. Destaca que cuando se hace referencia de financiamiento externos, son recursos que luego se tendría que pagar, pero hoy ingresan como ingresos por ese concepto y recursos de períodos anteriores, efectivamente, es que el excedente del año 2014, están plasmados por doscientos quince mil millones de colones.

En relación con una inquietud del Dr. Devandas Brenes, tendiente a conocer si esa cantidad de recursos de períodos anteriores, ya con el análisis funcional de ese concepto, porque es positivo o negativo, significa que el año pasado la Institución no fue capaz de gastar ese monto, señala el Lic. Picado Chacón que desde su óptica tiene dos explicaciones, primero que con las decisiones que se han venido tomando en el tema del gasto, sobre todo en los servicios personales, se ha contenido el gasto, por ejemplo, el crecimiento de las plazas, tiempo extraordinario y los ajustes salariales, se han venido manejándose de manera muy disciplinada y los ingresos han tenido su dinámica, aunque no es tan elevada como años anteriores, pero continúan creciendo en alrededor del 10%. Entonces, lo que se tiene son gastos que crecen en alrededor de un 6.5% y los ingresos crecen en un 10%, es decir, hay un excedente estructural de alrededor de un 3.5%, el cual genera un excedente y el otro aspecto, que se ha estado discutiendo es que muchos de esos recursos, se están invirtiendo en bienes duraderos, por ejemplo, en infraestructura, en equipamiento, en mantenimiento y las partidas correspondientes a inversiones, no son tan dinámicas en el gasto, por lo que no se logra un nivel de ejecución el que se esperaba.

El Director Devandas Brenes hace dos observaciones en relación con el comportamiento de egresos e ingresos, en términos de que le parece que hay un problema de programación, de cómo van a crecer los egresos con base en esas medidas que indicó, porque no se deberían haber destinado tantos recursos a esas partidas, porque siguiendo la explicación se estaría impidiendo

utilizarlas o destinarlas a otros fines y el otro tema, de la subejecución le preocupa, porque es grave es un tema, porque si se conocía que el gasto en esos rubros, como se indicó iban a ser menores, entonces, se sobre presupuesta y por ese motivo se está produciendo ese excedente.

Al respecto, indica el Gerente Financiero que en el caso particular de este año, por ejemplo, que se presupuestó para pagar servicios personales y se está ejecutando mucho menos del presupuesto, por el tema del aumento del 0.08%, lo cual produce un impacto significativo, no solo en los cargos fijos, sino en que se había proyectado más presupuesto, porque siempre se maneja una inflación del 5% y cuando se tiene un 0% de ahorro, se produce el ahorro de inmediato sobre esas partidas, las cuales tienen un presupuesto sobre el 65% de los salarios que se pagan. El otro aspecto interesante, es que cuando se produce un gasto en infraestructura, por ejemplo, se están llenando necesidades que las unidades declaran tener y, efectivamente, es así pero hace falta una dinámica para que se ejecute el gasto, pero no significa que las unidades no requieren lo que solicitan. En el tema de remuneraciones planteaba que se está en un nivel de ejecución de un 65%, hace falta el pago del aguinaldo y ese aspecto incrementa el nivel de ejecución al final del año. Continúa y anota que el total del nivel de ejecución es un 69% y se destacan Bienes Duraderos con una ejecución de un 26%, en Servicios un 57.2% y servicios que está contenida en la partida de mantenimiento y es donde está la partida más significativa, porque tiene una asignación presupuestaria de alrededor de cuarenta mil millones de colones y están ejecutados alrededor de doce mil y trece mil millones de colones, en mantenimiento y remuneraciones el gasto es de alrededor del 65% y materiales y suministros, el cual incluye lo correspondiente a suministros, insumos y transferencias corrientes, el gasto está por el orden de un 80%.

Interviene el Director Alvarado Rivera y señala que se tendría que tener muy clara la ejecución presupuestaria, para tomar decisiones puntuales sobre algunas Unidades, en concreto hace una referencia que le quedó en la mente, cuando sucedió el incendio en el Hospital Calderón Guardia, porque cuando se revisó la ejecución de las partidas presupuestarias de mantenimiento, presentaron una subejecución, porque la ejecución era inferior al 50%; entonces, cuando se determina que la ejecución presupuestaria de servicios, es donde está presupuestado lo correspondiente a la inversión en infraestructura y mantenimiento, le parece que se debería llamar la atención, para tomar acciones concretas sobre qué está sucediendo con la ejecución presupuestaria de mantenimiento, porque al final es una de las grandes insatisfacciones que manifiestan los pacientes, por la atención que reciben, porque no tienen buenas condiciones el lugar donde se hace la atención.

Por su parte, al Director Loría Chaves le parece que el tema de la ejecución presupuestaria, en las partidas presupuestarias de mantenimiento, requiere un análisis exhaustivo de la estructura de mantenimiento de la Caja, porque a veces se tienen ingenieros en las áreas de salud y no en hospitales. También se tienen las Áreas de Mantenimiento en las Direcciones Regionales y pareciera que no se logra ejecutar el presupuesto.

Comenta la Dra. Sáenz Madrigal que en las giras realizadas, ha observado que algunas unidades tienen más habilidades para construir, por ejemplo, pero no son eficientes para contratar, es decir, el tema de hacer contratos, promover concursos, evaluar el contrato y darle seguimiento. Esa situación hace que temas de esa naturaleza que dependen directamente de contrataciones, como ilustración, los procesos para las compras de los aires acondicionados y el equipamiento, los procesos se van quedando rezados y es lo que se ha determinado como una debilidad en la

elaboración de los contratos y en la elaboración y seguimiento de esos contratos. En ese sentido, le parece que existe un tema que se le debe poner atención.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que el tema es si se reciben los recursos, si se tiene claridad de cuántos recursos se va a contar, porque de ese aspecto depende si a las unidades se les puede reprochar que tan ágiles son. Por ejemplo, si tienen la comunicación desde el año anterior, en el sentido de que van a tener tanto presupuesto, por ejemplo, para desarrollar determinada actividad. Es una comunicación que tiene que enviar la Gerencia Financiera con antelación, pero si la Unidad tiene esa información en el mes de mayo o junio, no logrará ejecutar el presupuesto a tiempo.

Sobre el particular, apunta la Dra. Sáenz Madrigal que se determina otro tema en ese sentido, los funcionarios conocen desde principios del año, por ejemplo, ya el presupuesto del año 2016 fue aprobado en el mes de setiembre, los funcionarios lo conocen. Sin embargo, cuando hace una gira a San Carlos, como ilustración, le indican que hace falta equipo y ellas les señala que el próximo año, tendrán más recursos económicos y que vayan preparando de una vez los procesos de compra, porque se les asignó más recursos y no lo hacen, porque están preocupados por la ejecución de este año. En ese sentido, le parece que existe un tema de preparación de los grupos que están preocupados, por ejecutar el presupuesto del año 2015 porque ya no tienen tiempo de ejecutar más presupuesto y no se preparan con la programación del próximo año, es decir, no se están preparando con los criterios técnicos, para iniciar con la preparación de las compas en el mes de enero del próximo año. Se esperan a que transcurra el año y empiezan a preparar las licitaciones, luego, se apelan y se termina el año.

El licenciado Alvarado Rivera señala que el presupuesto se construye con las necesidades de las unidades, entonces, todo lo que corresponde a servicios y contrataciones, es la unidad la que tiene que solicitar los recursos y la Institución, genera el presupuesto con base en esas necesidades y a las unidades se les otorga los recursos en función de lo que pidieron, es un poco lo que don Jorge Arturo Hernández, en algún momento había indicado, cuando es el tema de la capacidad administrativa y de ejecución de las unidades y se está en el procesos, de ir orientándolos para que logren ejecutar el presupuesto, porque su preocupación es y la sigue teniendo, porque en este momento todas las unidades están aligerando los procesos para logra una mejor ejecución presupuestaria para, luego, no perder recursos para el presupuesto del año entrante. Estima que, efectivamente, esos son los grandes temas que se tienen que atender para avanzar en la prestación de los servicios.

El Director Devandas Brenes solicita que se realice un estudio para que se determine la problemática en la ejecución presupuestaria, porque le parece que existen otras causas que a las unidades les impide ejecutar con eficiencia y eficacia los fondos, es decir, la capacidad administrativa que tienen, porque tienen algunas fallas institucionales y, en ese sentido, cree que es bueno un estudio integral del tema y desconoce que piensa el Auditor.

Señala el Gerente Financiero que el tema para que los funcionarios conozcan la asignación presupuestaria asignada, se ha venido mejorando en los últimos años. Recuerda que en algunos momentos en años anteriores, efectivamente, había que ir viendo cómo se inyectaba presupuesto adicional a las unidades y las unidades, que tienen baja ejecución en el presupuesto no es que no ha hecho el proceso de contratación, sino que la compra se tendrá que pagar el año siguiente. Ese es el aspecto que le produce preocupación a la Gerencia Financiera, por el tema de la planificación, porque lo que no se paga en este momento, se tiene que hacer el próximo año, más la asignación presupuestaria para ese año. Por otra parte, la experiencia que se ha tenido con algunos hospitales, pero hay uno en particular que en el mes de junio y julio de cada año, han terminado con todas las contrataciones y es el Hospital Nacional de Niños, porque tiene una programación y ejecución de compra muy interesante, y es donde se puede observar que se relaciona con la gestión y la organización que se tenga, pero son funcionarios que empiezan a trabajar con antelación las contrataciones. Continúa y anota que existen otras consideraciones de la parte de egresos y, además, que esos ingresos se ejecutan al 75%, los Ingresos totales en un 83%, impulsado por el convenio de pago que se hizo con el Ministerio de Hacienda. En cuanto a los egresos totales, la ejecución es del 73.9% en el año 2015, en el crecimiento los Ingresos totales crecen en un 14.9%, las Contribuciones en un 8% por eso se indicaba y en ese sentido, se indicó que el 8% no deja de ser una buena tasa, pero es menor a la que se tenía en el año 2014, porque los egresos totales eran de un 8.9% y las remuneraciones crecieron en un 7.8%, por lo que en materia de solvencia presupuestaria, le parece que es un indicador significativo, porque la relación de Egresos Corrientes e Ingresos Corrientes se mantiene en un 87%, significa que se cómo patrón del gasto, se está siendo disciplinados para no gastar proporciones superiores a los Ingresos Corrientes y en la estructura del gasto, donde se plantean las Remuneraciones con respecto de los Ingresos totales hoy, están en alrededor de un 65.2% que es un avance, con el 69% que se tenía en el año 2011 y que podría disminuir, si se mejora sobre todo la ejecución en bienes duraderos, porque a pesar de que se asignan más recursos hoy en día, lo que se ha ejecutado es un 2.5% y el año anterior, se ejecutó un 2.9%.

El licenciado Alvarado Rivera pregunta si esa información se analiza con los Gerente, porque le parece que en este informe hay tareas pendientes y estima que cada Gerente, debería tomar decisiones concretas, dada la ejecución presupuestaria y este reporte.

Responde el licenciado Picado Chacón que la labor permanente que se realiza, en la Dirección de Presupuesto y a él, en algunos casos le corresponde enviar oficios a las Gerencias sobre la ejecución presupuestaria, desde el principio del año y hay que entender que, además, se revisan las sobreejecuciones y se les da seguimiento a las unidades que están con los gastos sobreejecutados. Por otra parte, se vigila también la subejecución, incluso, que se amplió el período hasta el mes de diciembre de ese año, es decir, las unidades tienen dos meses adicionales para poder pagar las facturas, puede ser

que al finalizar el año se eleve la ejecución, porque hay unidades que tienen procesos avanzados, pero a hoy la ejecución es de un 26% y es difícil superar el 50%.

Ante una inquietud, anota el Gerente Financiero que el tema de la estimación del presupuesto y la liquidez es importante, porque se ha venido aprovisionando el Salario Escolar para el año 2016, pero también hay que empezar a provisionar el Aguinaldo para el año 2017. Hay que tomar decisiones sobre los recursos, primero se tiene que aprovisionar los pagos extraordinarios que tienen la Institución, por ejemplo, el Aguinaldo y el Salario Escolar y las tres bisemanas. Enfatiza en que se tiene resuelto el aguinaldo del año 2016 y se está en el año 2015, pero se tiene el correspondiente al año 2016. Ese aspecto produce tranquilidad pero también se hace referencia de la mejora que hay que hacer en la ejecución presupuestaria.

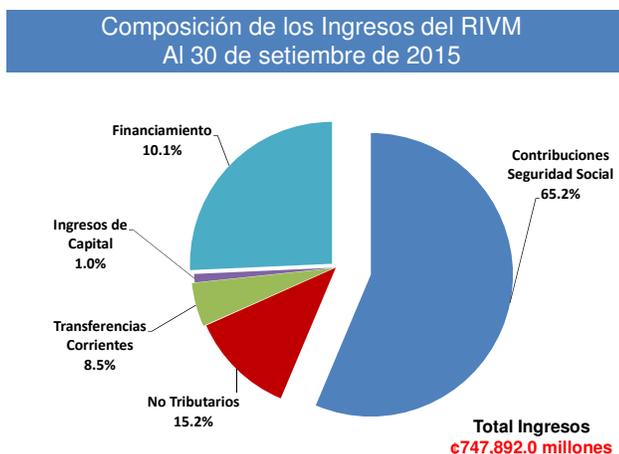
- 17) Informe ejecución presupuestaria
Régimen de IVM
Al 30 de junio de 2015.

18)

**Ingresos totales del RIVM al 30 de setiembre de 2015,
- Cifras en millones de colones-**

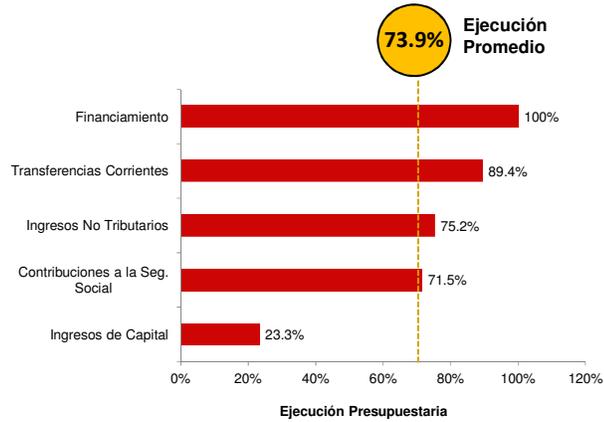
Clasificación	Presup. Modif.	Ingresos	Diferencia	% Ejec.	% Part.
I. Ingresos Corrientes (A + B + C)	904,233.4	664,671.1	239,562.3	73.5%	88.9%
A. Contribuciones a la Seguridad Social	682,061.2	487,470.0	194,591.3	71.5%	65.2%
Contribución Sector Público	226,052.1	159,086.3	66,965.7	70.4%	21.3%
Contribución Sector Privado	456,009.2	328,383.6	127,625.6	72.0%	43.9%
B. Ingresos No Tributarios	151,497.5	113,982.8	37,514.7	75.2%	15.2%
C. Transferencias Corrientes	70,674.7	63,218.3	7,456.4	89.4%	8.5%
II. Ingresos de Capital	32,920.2	7,663.1	25,257.1	23.3%	1.0%
III. Financiamiento	75,557.9	75,557.9	0.0	100.0%	10.1%
TOTAL DE INGRESOS	1,012,711.5	747,892.0	264,819.4	73.9%	100.0%

19)



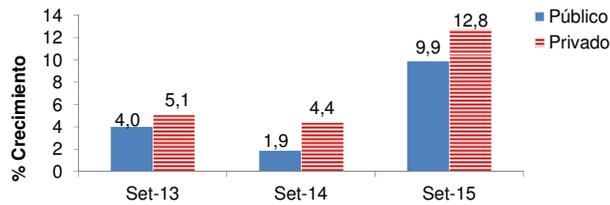
20)

Ejecución Presupuestaria de los Ingresos del RIVM, al 30 de setiembre de 2015

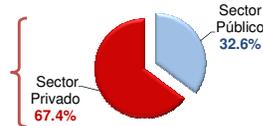


21)

Tasas reales de variación de las contribuciones del RIVM Setiembre 2013 – 2015 (Deflator IPC Base: Setiembre 2012 = 100)

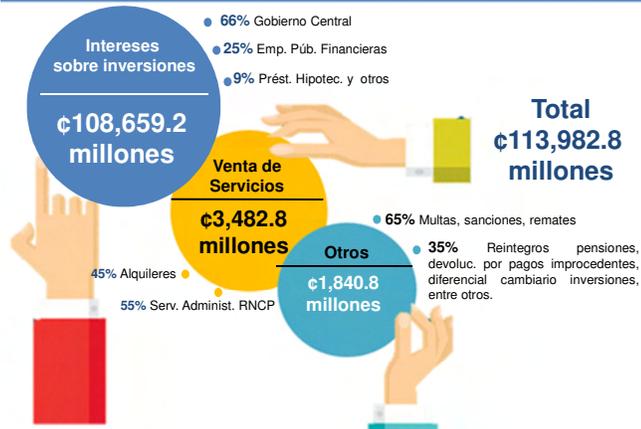


Contribuciones a setiembre de 2015:
C487,470.0 millones



22)

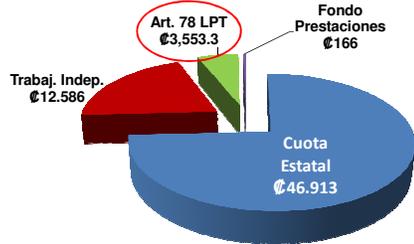
Ingresos No Tributarios del RIVM al 30 de setiembre de 2015



23)

Ingresos Transferencias Corrientes del RIVM, Setiembre 2015
- Cifras en millones de colones-

Empresas públicas aportaron recursos en cumplimiento del Art. 78º de la Ley de Protección al Trabajador.



24)

Comparativo Ingresos del RIVM A Setiembre de 2014 – 2015
- Cifras en millones de colones-

Clasificación económica	Set-14	Set-15	% Crec.	
INGRESOS CORRIENTES	581,605.9	664,671.1	14.3%	
CONTRIB. A LA SEGURIDAD SOCIAL	438,761.4	487,470.0	11.1%	↑ Se han desacelerado debido a la menor actividad económica. ↓ Influyen condiciones del mercado de valores.
Contribución Sector Público	145,707.5	159,086.3	9.2%	
Contribución Sector Privado	293,053.8	328,383.6	12.1%	
INGRESOS NO TRIBUTARIOS	106,286.6	113,982.8	7.2%	↑
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	36,558.0	63,218.3	72.9%	↑
INGRESOS DE CAPITAL	61,605.3	7,663.1	-87.6%	↓
FINANCIAMIENTO	103,442.7	75,557.9	-27.0%	↓
TOTAL DE INGRESOS	746,653.9	747,892.0	0.2%	
MENOS:				
(-) FINANCIAMIENTO	103,442.7	75,557.9	-27.0%	
(=) TOTAL INGRESOS NETOS	643,211.2	672,334.1	4.5%	↑ Crecimiento de 4.5% sin considerar vigencias anteriores.

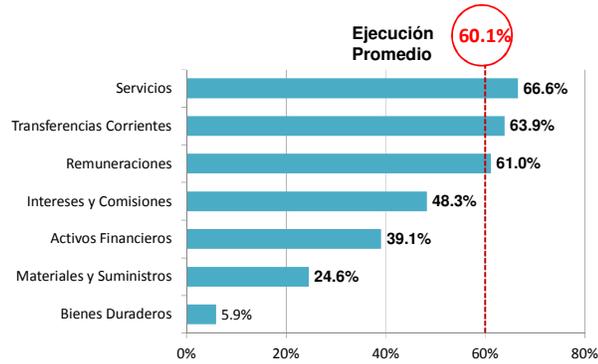
25)

Egresos totales del RIVM al 30 de setiembre de 2015
Cifras en millones de colones

CLASIFICACIÓN	PRESUP. MODIF.	EGRESOS	DIF.	% EJEC.	% PART.
Remuneraciones	8,187.5	5,005.2	3,182.3	61.1%	0.8%
Servicios	19,333.7	12,865.8	6,467.9	66.5%	2.1%
Materiales y Suministros	150.8	37.0	113.8	24.6%	0.01%
Intereses y Comisiones	8,421.4	4,064.6	4,356.9	48.3%	0.7%
Activos Financieros	141,839.5	55,466.9	86,372.6	39.1%	9.1%
Bienes Duraderos	1,068.7	63.2	1,005.5	5.9%	0.01%
Transferencias Corrientes	830,478.5	530,796.2	299,682.2	63.9%	87.3%
Cuentas Especiales	3,231.4	0.0	3,231.4	0.0%	0.0%
TOTAL EGRESOS	1,012,711.5	608,298.9	404,412.5	60.1%	100.0%

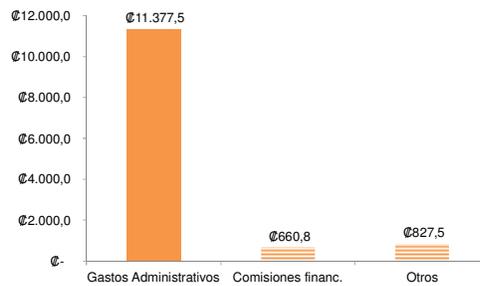
26)

**Ejecución presupuestaria de los Egresos del RIVM
Al 30 de setiembre de 2015**



27)

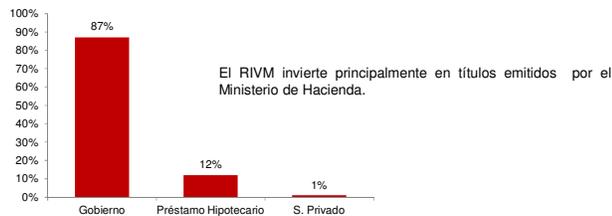
**Gasto en Servicios del RIVM
Al 30 de setiembre de 2015 -Cifras en millones de colones-**



- El pago de Gastos Administrativos al SEM creció 4% en setiembre 2015.
- El rubro otros responde a gastos de operación normales del RIVM. Los más representativos son mantenimiento de edificios (€59.4), servicios generales (€133.3), alquileres (€74.0), entre otros.

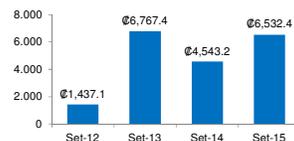
28)

**Inversiones financieras del RIVM
Al 30 de setiembre de 2015 – Cifras en millones de colones-**



Colocación de créditos hipotecarios

En setiembre 2015 se muestra un crecimiento del 43%, el monto colocado fue de €6,532.4



29)

Comparativo Egresos del RIVM				
A Setiembre de 2014 – 2015- Cifras en millones de colones				
Clasificación	Set-14	Set-15	% Crec.	
Remuneraciones	5,030.9	5,005.2	-0.5%	Bajos aumentos salariales
Servicios	12,259.0	12,865.8	5.0%	Gastos Adm. Crecen un 3.8%.
Materiales y Suministros	50.8	37.0	-27.1%	Repuestos y accesorios.
Intereses y Comisiones	3,227.5	4,064.6	25.9%	Int. Acum. de títulos valores e inversiones en función del mercado de capitales.
Activos Financieros	131,278.9	55,466.9	-57.7%	
Bienes Duraderos	147.1	63.2	-57.0%	Compra de mobiliario y equipo.
Transferencias Corrientes	475,916.6	530,796.2	11.5%	Incremento monto de pensiones.
Total de egresos	627,910.8	608,298.9	-3.1%	

30)

Indicadores evaluación de la ejecución presupuestaria del RIVM, setiembre 2014-2015		
Descripción	2014	2015
Indicador de eficiencia presupuestaria (Ejecución)		
Ingresos Corrientes	72.8%	73.5%
Ingresos Totales	79.3%	73.9%
Ingresos Totales sin Financiamiento	76.7%	71.7%
Egresos Totales	66.7%	60.1%
Egresos menos Sumas sin Asig. Presupuestaria	67.0%	60.3%
Indicador de Dependencia Presupuestaria		
Transferencias Corrientes / Ingresos Totales	4.9%	8.5%
Autonomía Presupuestaria		
Ingresos propios (Contrib., Ing. No Tribut.) / Ingresos Totales	73.0%	80.4%
Indicador de Solvencia Presupuestaria		
Egresos Corrientes / Ingresos Corrientes menos Intereses	103.0%	99.4%
Indicadores de beneficios económicos otorgados		
Pensiones / Ingresos Corrientes menos Intereses	86.8%	83.9%
Indicadores de Estructura del Gasto		
Pensiones / Egresos Totales	66.6%	76.7%
Activos Financieros / Egresos Totales	20.9%	9.1%

31)

Principales resultados de la ejecución presupuestaria	
A setiembre de 2015 - RIVM	
	La ejecución presupuestaria de los ingresos fue de 73.9% en tanto que los egresos se ejecutaron en un 60.1%.
	Las contribuciones al RIVM muestran un crecimiento del 11.1%.
	Las Empresas Públicas aportaron recursos en cumplimiento del Art. 78° de la Ley de Protección al Trabajador para reforzar el RIVM por e3,553.3 millones de colones.
	Los ingresos de capital decrecieron un 87.6% dado que no se percibieron ingresos por revaluaciones de TUDES.
	Se ha experimentado un incremento en las subpartidas de pensiones de 11.5%.
	Se presenta un decrecimiento del 57.7% en Activos Financieros el cual obedece al vencimiento de títulos de largo plazo que fueron reinvertidos bajo las mismas condiciones.

32) Propuesta acuerdo de Junta Directiva.

33)

Propuesta Acuerdo Junta Directiva

Aprobar el Informe de Ejecución Presupuestaria del Seguro de Salud y Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 30 de setiembre de 2015, de conformidad con la información que consta en el oficio GF-40.931 de fecha 23 de octubre de 2015, a la que se anexa el dictamen técnico emitido por la Dirección de Presupuesto según oficio DP-297-2015 de fecha 22 de octubre y por los montos que se detallan a continuación.

Informe de Ejecución Presupuestaria del Seguro de Salud
y del Régimen de Invalidez, Vejez Y Muerte
Al 30 de setiembre de 2015
(En millones de colones)

Concepto	SEM	IVM	Total
Ingresos recibidos	1.552.148,4	747.892,0	2.300.040,5
Menos			
Egresos ejecutados	1.182.021,8	608.298,9	1.790.320,7
Diferencia ingresos - egresos	370.126,6	139.593,1	509.719,8

En cuanto al Informe en consideración señala el Lic. Picado Chacón que, básicamente, los ingresos corrientes se han ejecutado en un 73.5%, en cuanto a las Contribuciones la ejecución es muy similar a las del Seguro de Salud, pero hay una diferencia y recuerda que las masas salariales, no incluyen la parte del Magisterio, ni las de Regímenes Especiales y, además, esas estimaciones se hacen con apoyo de la Dirección Actuarial, pero en general la ejecución presupuestaria es de alrededor de un 73.5%. Por su parte, los Ingresos no tributarios que, básicamente, son los Ingresos por los intereses de la cartera de préstamos, corresponde a un 75.5% y las transferencias corrientes, su ejecución corresponde en alrededor del 90%, porque el pago que realizó el Ministerio de Hacienda, por los veinticinco mil millones de colones, diez mil millones de colones se destinaron al IVM, pero no estaban programados, lo cual produce impacto a una tasa de ejecución de alrededor del 90%, y en el tema de financiamiento, ya casi todo el superávit del año pasado estaba incluido. En términos de ingresos de capital, son los pagos que se reciben de los préstamos, una parte se destina al pago del principal y otro, al pago de los intereses de capital. La estructura de ingresos que es un poco distinta a la del Seguro de Salud, porque recuerda que para ese Seguro, alrededor del 80% y 85% son contribuciones y para el IVM por la Reserva que se tiene, un 65% son contribuciones y, luego, los Ingresos no Tributarios son un 15%, las cuales son Tránsferencias Corrientes que provienen del Estado, más el financiamiento que es el superávit del año anterior, para un total de ingresos de setecientos cuarenta y siete mil millones de colones. En materia de financiamiento, las Contribuciones provienen en un 71% y los Ingresos no Tributarios de las transferencias, son un poco más elevadas por el pago que realizó el Estado y el financiamiento es el superávit. Respecto de los ingresos públicos y privados, las tasas nominales no son más dinámicas, porque la inflación disminuyó al 0% , lo que hace que en términos reales, este año más bien no se tenga una posición más favorable, porque son ingresos no favorables del IVM donde, fundamentalmente, hay intereses sobre las inversiones, cuyo comportamiento ha sido de tasas elevadas, es posible que el año entrante con las disminuciones que se están produciendo en la banca, se tendrá una posición distinta. Un 66% de los ingresos provienen del Gobierno y de 25 empresas públicas

financieras y el 9% lo aporta el capital de crédito hipotecario, la venta de servicios alrededor de tres mil quinientos millones de colones, lo que se le cobra al Régimen no Contributivo y al Régimen de Salud, por el alquiler de los edificios y otros por mil ochocientos millones de colones, para un total de ciento trece mil millones de colones y otro elemento que se ha considerado, es el tema del traslado de los recursos que provienen de las utilidades por el artículo 78° de la Ley de Protección al Trabajador, de los cuales se han recibido tres mil quinientos cincuenta y tres millones de colones, en el concepto de ingresos por transferencias corrientes. En cuanto al tema de los gasto en remuneraciones, por servicios materiales y suministros, no son como los que se producen en el Régimen de Salud, son pocos porque el grueso es en transferencia corrientes, porque un monto de quinientos treinta mil millones de colones, significa que la ejecución es de alrededor del 64% y lo que se paga por pensiones es el 88% del gasto, en términos de lo que se había programada se está con un margen suficiente.

Respecto de una inquietud del Director Alvarado Rivera, señala el Gerente Financiero que lo que se tenía previsto para el pago de pensiones, en el presupuesto es por ochocientos treinta mil millones de colones, a la fecha y al mes de setiembre del año 2015, se han pagado quinientos treinta mil millones de colones, quedan por pagar un 64%. El presupuesto es una estimación y el aguinaldo tiene un peso significativo en el gasto.

En relación con una consulta del Director Devandas Brenes, en relación con la partida de servicios y activos financieros, el Gerente Financiero indica que la partida de servicios es, básicamente, lo que le paga el Seguro de Salud al IVM por la administración de las pensiones en las Sucursales y las labores que se desempeñan a Nivel Central, por un monto de once mil trescientos setenta y siete colones, además, las comisiones financieras que se le pagan a los bancos y las pensiones que no se pagan, por la vía de bancos sino por el sistema Sinpe, esa partida ha generado un ahorro significativo. En cuanto a las inversiones financieras del IVM, se realizan principalmente en títulos valores y préstamos hipotecarios, en el asunto de colocación de créditos hipotecarios, en el mes de setiembre del año 2015, comparado con otros años, destaca que se produjo un aumento significativo del alrededor de quince millones de colones y ese aumento, se relaciona con los instrumentos que se aprobaron a principios de año, que es por tasa fija. En términos de lo que pueda haber en la economía y las personas que van a invertir, le parece que es un buen dato, porque ha habido un cierto pesimismo sobre las tasas, el empleo, sobre los salarios y los seis mil quinientos millones de colones, lo cual puede ser un resultado positivo, porque en comparación con el año 2013, fue de seis mil setecientos millones de colones.

Respecto de una pregunta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer cuánto está costando administrativamente el IVM, responde el Lic. Picado Chacón que un 3.5%.

Sobre el particular, señala el Director Loría Chaves que el gasto administrativo está regido por Ley y no puede superar más del 4%.

Respecto de una consulta del Dr. Devandas Brenes, señala el Gerente Financiero que todos los Regímenes de Pensiones deben contribuir al pago del Seguro de Salud, ya sea del Magisterio, de Hacienda o de la Caja, esos Regímenes tienen que aportar un 13.75% sobre su pensión, el IVM es el caso particular, donde el 13.75% lo aporta el Fondo y el trabajador no paga. En el año 1991, se determinó que era conveniente abrir unas cuentas contables, para que aquellas pensiones

pagadas retroactivamente, se pudieran identificar por separado, se quería diferenciar el pago ordinario de la nueva pensión por huérfano, con el pago retroactivo. Habían diez cuentas contables, la suma de todos esos gastos por pensión se multiplicaba por 3.75% y era lo que le correspondía al IVM pagarle al Seguro de Salud. Se habilitaron cinco cuentas más, por ejemplo, en lugar de hacer el cálculo sobre el 3.75% sobre las sumas de las 15 cuentas, el cálculo se continuó haciendo sobre las diez cuentas, entonces, esas cinco cuentas que era el pago de pensiones que se tenía que pagar, por un 3.75% desde el año 1991 no se cobró, luego, la Auditoría, en el año 2012 presentó un informe en el que se determinó que, efectivamente, esas cuentas no se estaban contemplando en los pagos. Por lo que se formó un equipo de trabajo intergerencial y la situación se corrigió a futuro, y hoy en día está corregida la situación y se estimó que la deuda de lo que el Régimen de Salud no percibió, durante ese período era de alrededor de veintisiete mil millones de colones, más intereses el monto era de alrededor de treinta y cinco mil millones de colones. Aclara que no fue un tema de ocultamiento, sino una omisión en el cálculo de los pensionados y sobre ese 3.75%, parte de lo que se planteó en el tema de reforzamiento estructural del edificio Laureano Echandi, es que esa deuda que el IVM tiene con el Seguro de Salud, se pague con el traslado de esos dos edificios, porque el monto es de alrededor de veinte mil millones de colones, los demás quince mil millones de colones se tendrán que definir en términos de cómo se van a cancelar.

Por su parte, al Director Loría Chaves le parece importante que se realice el ejercicio, en términos de que a los pensionados se les eleve el monto que pagan al IVM, en la misma proporción de lo que pagarían de cuota, en función del salario que percibían, porque esa suma de dinero, en el corto plazo va a tener un efecto positivo para el IVM.

Comenta el Gerente Financiero que hace algunos años, los trabajadores de la Caja pagaban para el IVM un 2.75% y la Institución pagaba un 2.75%, cuando lo correcto era que el trabajador pagara un 5%, en aquel momento la decisión que se tomó fue el IVM a los trabajadores y pasaron de pagar un 2.75% a un 5.5%. Continúa y señala que en términos generales, la ejecución de los ingresos y por el orden del 73.5% y otros ingresos muy similares, Ingresos totales en financiamiento un 2%, los Egresos también al 60% las Transferencias Corrientes, con respecto de los ingresos totales, se elevaron en un 8.5%, dada la contribución del Estado como tal. Por ese motivo, en ese momento, la proporción es más elevada que la que se tenía antes, es decir, ingresos propios por contribuciones, más los ingresos no tributarios, en este momento, tienen una proporción más elevada, lo cual va implicando un fortalecimiento del IVM, los Egresos Corrientes en función de los Ingresos Corrientes menos los Intereses, disminuyen levemente, comparado con el año anterior. Además, las pensiones en función de los ingresos corrientes, se reduce el peso de ellas y las pensiones respecto de los ingresos totales, aumentan alrededor del 10%. Por otra parte, las empresas públicas aportan tres mil millones quinientos cincuenta y tres mil millones de colones, es un porte significativo de las contribuciones, las cuales muestran un crecimiento del 11.1%. Además, se ha experimentado un incremento en las subpartidas de pensiones del 11.5% que es la suma, no tanto de las revalorizaciones de las pensiones porque el aumento ha sido mínimo, pero el número de pensionados ha venido creciendo por el orden del 13.0000 pensionados adicionales. En cuanto a los títulos invertidos, hay una emisión de un 57% y pronto se produce un vencimiento de títulos de largo plazo, que serán reinvertidos bajo las mismas condiciones.

El Director Alvarado Rivera mociona porque los informes de ejecuciones presupuestarias, sean analizados más pausadamente y en la mañana, porque esa información permite tomar decisiones, porque considera que es un indicador fundamental, para la toma de decisiones administrativas. De tal manera que el informe no se determine como un requisito de presentación, porque en el abordaje del día a día absorbe a los Miembros de la Junta Directiva y es un indicador muy efectivo, de cómo está funcionando la Institución. Además, cree que sobre su base, se podrían tomar decisiones y solicita un acuerdo para que esas presentaciones sean en la mañana, con el fin de que se logre realizar un análisis más exhaustivo del informe y se produzca una discusión profunda, en el momento de la presentación.

La Dra. Sáenz Madrigal piensa que, a la luz del informe, le gustaría que se haga un esfuerzo y se revise el primer trimestre del año 2014, para que se haga un comparativo, porque su teoría es que si al inicio del año, es decir, en el primer trimestre no se logra una buena ejecución presupuestaria, no se logrará ejecutarla satisfactoriamente al final del año y ese aspecto, permitirá tomar las decisiones que se están planteando.

Respecto de una consulta del Director Barrantes Muñoz, indica la señora Presidenta Ejecutiva que la presentación de final de la ejecución presupuestaria, se presentará en la primera semana del mes de febrero del año 2016.

Señala el licenciado Barrantes Muñoz que sería analizar el tema en función de la realidad y otra como una herramienta de gestión administrativa, si se analiza trimestralmente, de inmediato se podría estar llamando la atención a quien corresponde, porque es de cumplimiento de objetivos. De manera que analizado el informe, por ejemplo, implica una alerta en la ejecución de mantenimiento y en temas que son sensibles.

Señala la Dra. Sáenz Madrigal que desde la perspectiva de presupuesto y la Gerencia financiera, ha conocido notas que se envían en términos de que se observe la ejecución presupuestaria, y que el tema se asuma como una cuestión de la gestión desde la Junta Directiva y en ese sentido, sugirió que ese ejercicio se haga en el mes de febrero próximo, para que se haga el comparativo y de una vez, se envíe la alerta a las unidades desde el principio de año, para que se conozca que esa va a ser la línea y se estará revisando la ejecución presupuestaria del año 2015.

El licenciado Barrantes Muñoz señala que el informe de ejecución presupuestaria de cada trimestre, se va a presentar a la Junta Directiva con un desfase, tal que se torna más allá de la formalidad, pero desde la administración se debería prever un mecanismo que implique, una llamada de atención al comportamiento de la ejecución presupuestaria.

Por lo tanto, conocida la información presentada por el señor Gerente Financiero, que coincide con los mismos términos del oficio N° GF-40.931 del 23 de octubre del año en curso y las láminas en que apoya su presentación, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar el *Informe de ejecución presupuestaria del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 30 de setiembre del año 2015*, de conformidad con la información que consta en la referida nota número GF-40.931, a la que se anexa el dictamen técnico emitido por la Dirección de Presupuesto en el oficio N° DP-297-2015, de fecha 22 de octubre del presente año, una copia de las cuales se deja constando en la correspondencia del acta de esta sesión, y por los montos que se detallan en el siguiente cuadro:

**INFORME DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL SEGURO DE SALUD Y EL
RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
Al 30 de Setiembre de 2015
(En millones de colones)**

CONCEPTO	SALUD	I.V.M.	TOTAL
Ingresos Recibidos	1,552,148.4	747,892.0	2,300,040.4
<u>Menos</u>			
Egresos Realizados	1,182,021.8	608,298.9	1,790,320.7
Diferencia Ingresos -Egresos	370,126.6	139,593.1	509,719.7

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

Se retiran del salón de sesiones el Gerente Financiero, la ingeniera Méndez Esquivel y la licenciada Saborío Martínez.

ARTICULO 21°

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-47192-16** el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación.”*

ARTICULO 22°

Se tiene a la vista la consulta que concierne al *Expediente N° 19.261 Proyecto REFORMA DEL INCISO 3 DEL ARTÍCULO 74 DE LA LEY N° 17, LEY CONSTITUTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, Y CREACIÓN DE UN ARTÍCULO 20 BIS A LA LEY N° 7494, LEY DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota del 22 de octubre del año en curso, número P.E. 47.925-15, firmada por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia del oficio número CJ-488-2015 del 21 de octubre del año 2015, suscrito por la Jefa de la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Financiera en el oficio N° GF-41-255-2015 del 11 de noviembre en curso y la Junta Directiva, dado el análisis que, al efecto debe realizar, -unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días hábiles más para contestar.

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 23°

El Director Loría Chaves plantea la necesidad de que el informe relacionado con los concursos en la Institución pueda conocerse, de ser factible, en esta sesión.

Al respecto, la señora Presidenta Ejecutiva indica que el informe fue distribuido en el día de hoy para su estudio y conocimiento en la sesión del 19 de los corrientes, dado lo extenso de la agenda para esta fecha.

Se toma nota.

ARTICULO 24°

CONSIDERANDO QUE:

- I) Esta Junta Directiva, hechas las respectivas consideraciones, en el artículo 32° de la sesión número 8809 del 5 de noviembre en curso, acordó:
 - 1) Declarar desierto y dar por concluido el proceso de selección para el puesto de Gerente Administrativo correspondiente al concurso 01-2015.
 - 2) En razón de lo anterior, al amparo del artículo 15 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, se procederá a valorar los candidatos que presentará la señora Presidenta Ejecutiva para, si corresponde, proceder al nombramiento respectivo,.
- II) De acuerdo con lo informado por la doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, la Presidencia Ejecutiva se encuentra en el proceso de análisis para dar cumplimiento a acordado en el apartado 2), artículo 32° de la citada sesión número 8809, y presentar, con la mayor brevedad posible, los candidatos para ocupar el cargo de Gerente Administrativo,

y con el objeto de que dar continuidad a las funciones encomendadas a esa Gerencia y en adición a la resolución adoptada en el artículo 32° de la sesión número 8809, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** prorrogar el nombramiento interino del doctor Manuel León Alvarado como Gerente Administrativo hasta que se nombre al titular en ese cargo.

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

ARTICULO 25°

Por unanimidad y mediante resolución firme, **se acuerda** fijar una sesión extraordinaria para el martes próximo, 17 de noviembre en curso, a las 9 a.m. (de 9 a.m. a 12 m.d.) para tratar temas no conocidos en esta fecha y cuyo detalle será agendado y remitido oportunamente.

ARTICULO 26°

Se dispone reprogramar, para la sesión del 17 de los corrientes, los asuntos que se detallan:

- I) Gerencia Financiera:** oficios suscritos por el Gerente Financiero:
- a) Oficio N° GF-40.881-15, de fecha 21 de octubre del año 2015: propuesta revalorización N° 32 de los montos de las pensiones del Fondo de Retiro de Empleados de la CCSS.
 - b) Informe contenido en el oficio N° GF-12.076-15, del 8 de octubre del año 2015: informe de Inspección relacionado con la situación de los Agentes de Seguros (INS) – retomarlo-.
- II) Gerencia de Pensiones:** notas firmadas por el Gerente de Pensiones:
- a) Oficio N° GP-30.658-15, de fecha 19 de octubre del año 2015: propuesta adjudicación licitación pública N 2014LN-000030-5101 promovida para la contratación de profesionales que brinden sus servicios profesionales externos de abogacía para la tramitación de casos en cobro judicial para la Gerencia de Pensiones.
 - b) Oficio N° GP-50.529-15, del 5 de noviembre del año 2015: presentación Estados Financieros Institucionales del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte a junio del año 2015.
 - c) Oficio N° GP-50.551-15, fechado 6 de noviembre del año 2015: presentación Estados Financieros Institucionales del Régimen no Contributivo a junio del año 2015.
 - d) Oficio N° GP-50.196-15, del 23 de octubre del año 2015: informe de ejecución presupuestaria del Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico a setiembre-2015.

Asimismo, **se dispone** que los siguientes asuntos se reprogramen para la sesión del 19 de noviembre del presente año:

- 1) 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 Ovarés 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*.
- 2) Propositiones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:**
- a) **Oficio N° DPI-341-15**, del 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”.

- b) Oficio N° DPI-532-15**, del 10 de noviembre 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 31 de octubre del año 2015.** **Nota:** este informe actualiza el que se presentó mediante las notas números N° DPI-134-15 y DPI-345-15, en su orden, del 27 de marzo y 28 de julio del año 2015.
- c) Oficio N° DPI-531-15**, de fecha 10 de noviembre del año 2015: “Acuerdos de Junta Directiva pendientes con fecha corte al 31 de octubre de 2015”. **Nota:** este informe actualiza el presentado por medio de la comunicaciones números P.E.-25.951-15 de fecha 22 de abril de 2015, firmada por la señora Presidenta Ejecutiva y DPI-356-15 de fecha 28 de julio del año 2015.
- d) Oficio N° P.E. 47.548-15** de fecha 16 de setiembre del año 2015: atención artículo 26°, sesión N° 8764: informe sobre metas insuficientes del Plan Anual Institucional.
- 3) 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 CCSS.
 - b.3 Instrucción a Gerencias de la Caja Costarricense de Seguro Social para cumplimiento de lo dispuesto en artículo 18 de la Ley de Control Interno.
 - b.4 Solicitud de revisión del estado de situación y seguimiento Disposiciones de la Contraloría General de la República dirigidas a la Junta Directiva.
 - b.5 Propuesta sobre necesidad de una evaluación del sistema actual de adquisición de medicamentos y equipo médico de la Caja Costarricense de Seguro Social.

A las dieciocho horas con veinticinco minutos se levanta la sesión.