Acta de la sesión ordinaria número 8852, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 30 de junio de 2016, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, 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, con antelación, que retrasará su llegada a esta sesión.

El Director Barrantes Muñoz comunicó oportunamente que no le es posible participar en la sesión de esta fecha. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El Director Loría Chaves informó que retrasará su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1º

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

ARTICULO 2º

Se somete a consideración y se aprueba la agenda distribuida para esta sesión, que seguidamente se transcribe en forma literal.

- I) Comprobación de quórum.
- II) Aprobación agenda.
- III) Meditación a cargo del Director Loría Chaves.
- IV) Aprobación acta de la sesión número 8839.
- V) Correspondencia.
- VI) Gerencia Médica: asuntos para decisión.
 - a) Oficio N° GM-SJD-14224-2016 de fecha 27 de junio de 2016: Propuesta Proyecto Institucional para la atención de necesidades de plazas de Asistentes de Registros Médicos.
 - **b)** Oficio N° GM-SJD-14272-2016 de fecha 27 de junio de 2016: propuesta de estrategia para el ingreso al internado universitario rotatorio.
 - c) Oficio GM-SJD-14339-2016 de fecha 27 de junio del 2016: propuesta proyecto resolución de brecha de estudios pendientes de reportar de Resonancia Magnética.

Asuntos de carácter informativo:

- **d) Oficio N° GM-SJD-13382-2016,** de fecha 13 de junio de 2016: informe anual 2015 del Fondo Garantía de Retribución Social elaborado por el CENDEISSS.
- e) Oficio N° GM-SJD-14270-2016 de fecha 27 de junio de 2016: Alcance del Proyecto de construcción nueva infraestructura del Hospital Monseñor Sanabria.

Proyectos de ley: para decisión.

Se externa criterio:

i. Expediente N° 19.549, texto sustitutivo Proyecto "Ley De Reforma Del Consejo Nacional Enseñanza Superior Universitaria Privada (CONESUP)". Se traslada a la Junta Directiva mediante la nota N° PE-1267-2016, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia de la comunicación del 27-4-16, número CTE-16-2016, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Especial de Ciencia Tecnología de la Asamblea Legislativa (Art-14°, ac. III, Ses. N° 8851). Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-14284-2016 del 27-06-16.

Se solicita 15 días hábiles más para responder:

- ii. Expediente Nº 19.288, Proyecto PREVENCIÓN, ELIMINACIÓN, SANCIÓN DEL RACISMO Y DE TODA FORMA DE DISCRIMINACIÓN". Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota Nº PE-0976-2016, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia de la comunicación de fecha 5-4-16, Nº DH-229-2016, suscrita por la Lida. Flor Sánchez Rodríguez, Jefa de Área, Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa. (Art-14°, ac. I, Ses. N° 8851). Se solicita prórroga 15 días hábiles en oficio N° GM-AJD-14277-2016 del 27-06-16.
- iii. Expediente Nº 19.781, Proyecto "REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS". Se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE-0653-2016, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa copia de la comunicación Nº DH-212-2016, de fecha 07-03-16, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa (Art-14°, ac. II, Ses. N° 8851). Se solicita prórroga 15 días hábiles en oficio N° GM-AJD-14287-2016 del 27-06-16.

VII) Gerencia de Logística.

Contratación administrativa; para decisión:

a) Atención artículo 19°, sesión N° 8851 del 23-06-16: se solicitó información adicional: propuesta adjudicación procedimiento N° 2015LN-000028-05101, insumos varios para odontología, a través de la plataforma electrónica

Nº 8852

- Compr@red, por un monto estimado de \$3.502.316,51 (tres millones quinientos dos mil trescientos dieciséis dólares con 51/100). (Ref.: GL-43977-2016).
- b) Oficio N° GL-44020-2016 de fecha 24 de junio de 2016: propuesta aplicación del artículo 201 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa: contrato adicional, en el caso de la licitación pública N° 2010LN-000006-1142: ítem único: pruebas para la determinación de Hemoglobina glicosilada (HBA 1C), código 2-88-63-0075, a favor de Diagnósticos de Alta Tecnología DATSA S. A., oferta nacional, que fue adjudicada en el artículo 22°, sesión N° 8527 del 25-08-2011.

Proyecto de ley:

i. Expediente N^{o} 19.123, Provecto "TRANSPARENCIA DE LAS CONTRATACIONES **ADMINISTRATIVAS POR MEDIO** DE LA REFORMA DEL ARTÍCULO 40 Y DE LA INCLUSIÓN DE UN ARTÍCULO 40 BIS DE LA LEY N.º 7494, LEY DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA, DE 2 DE MAYO DE 1995 Y SUS REFORMAS. (ORIGINALMENTE **DENOMINADO**): TRANSPARENCIA DE LAS **CONTRATACIONES** ADMINISTRATIVAS POR MEDIO DE LA REFORMA DEL ARTÍCULO 40 DE LA LEY Nº 7494, CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA, DE 2 DE MAYO DE 1995 Y SUS REFORMAS" Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-1903-2016, fechada 23-6-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación número CPII-009-2016, del 23-6-16, que firma la Jefa de Área Comisión Permanente de Asuntos Sociales, de la Asamblea Legislativa.

VIII)Gerencia Administrativa: para decisión.

a) Oficio Nº GA-48206-2016 de fecha 22 de junio de 2016: atención artículo 15°, sesión Nº 8841 del 5-05-2016: informe solicitud realizada por la Cámara Nacional de Agricultura y Agroindustria respecto al Reglamento del Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa.

IX) Gerencia de Pensiones: para decisión.

- a) Oficio GP-57.545-16 del 17 de junio del 2016: Análisis Técnico-Actuarial y Legal de las observaciones presentadas, en virtud de la consulta pública de la propuesta de reforma a los artículos 5°, 24°, 29°, 33°, Transitorio XI y adición de un Transitorio XV al Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte".
- **b)** Oficio N° GP-41.588-16/GF-50.802-16 de fecha 10 de junio de 2016: solicitud aprobación del cambio de la Metodología del Registro contable de las amortizaciones y descuento de las inversiones de línea recta a tasa de interés efectiva en las inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

X) Gerencia Financiera: para decisión:

a) Oficio N° GF-52.233 de fecha 17 de mayo de 2016: presentación estados financieros auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre de 2015.

Proyecto de ley: para decisión: se solicita prórroga:

i. Expediente N° 18.867 Proyecto "Ley del servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena"; texto sustitutivo. Se traslada a Junta Directiva la nota N° PE-1681-2016, fechada 3-6-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación número CSN-47-2016, del 2-6-18, que firma la Jefa de Comisión, Comisión Permanente Especial de Seguridad y Narcotráfico de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio con las Gerencias Médica y Financiera coordinar lo correspondiente y remitir el criterio unificado. (7°, 8850). Se solicita prórroga cinco días hábiles en oficio N° GF-53.045-2016 del 30-06-16.

XI) Gerencia Infraestructura y Tecnologías.

a) Asunto de carácter informativo: oficio Nº GIT-3736-2016 fechado 6 de junio del 2016: atención artículo 5º, sesión Nº 8841 del 05-05-16: presentación criterio técnico de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería en relación con los estudios realizados al terreno para construir el nuevo Hospital de Cartago.

Proyecto de ley: para decisión.

Se externa criterio:

i. Expediente N° 19.687, proyecto "AUTORIZACIÓN A LA MUNICIPALIDAD DEL CANTÓN DE GOICOECHEA PARA QUE DESAFECTE UN INMUEBLE DE SU PROPIEDAD, PARA CONSTRUIR UN EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, EBAIS DE CALLE BLANCOS, GOICOECHEA" Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-1914-2016, fechada 24 de junio en curso, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación número CG-013-2016, del 24 de junio del año 2016, que firma la Jefa de Área de la Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa. Se externa criterio en oficio N° GIT-3992-2016 del 28-06-16.

XII) Proposiciones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:

a) Para decisión: oficio Nº P.E.-1545-2016 de fecha 24 de mayo de 2016: solicitud de la Dra. Julia Li Vargas, Directora del Proyecto de Reestructuración del Nivel Central: programación reuniones sectoriales para el intercambio de visiones y opiniones en relación con el citado proyecto: cronograma con posibles fechas:

Fecha propuesta	Sector
3 de agosto, 2016	Patronal:
1 p.m.	Directora Alfaro Murillo
	Director Gutiérrez Jiménez
	Director Alvarado Rivera
10 de agosto, 2016	Trabajadores:
1 p.m.	Directora Soto Hernández
	Director Devandas Brenes
	Director Loría Chaves
17 de agosto, 2016	Estado:
1 p.m.	Director Fallas Camacho
	Director Barrantes Muñoz

- **b)** Asunto de carácter informativo: oficio Nº P.E.1896-2016 de fecha 23 de junio de 2016: nuevo diseño del Plan Estratégico Institucional 2015-2018; se atiende lo solicitado en el artículo 22º, apartado 5, sesión Nº 8818: se acordó: Instruir a la Presidencia Ejecutiva y a las Gerencias para que inicien un proceso de divulgación del citado Plan Estratégico Institucional.
- c) Asunto de carácter informativo: oficio Nº P.E.1906-2016 de fecha 23 de junio de 2016: informe en relación con la participación en las actividades programadas en el II Foro Latinoamericano Salud realizado en México D.F., los días 14 y 15 de junio del presente año.

XIII) Dirección de Planificación Institucional: asuntos para decisión.

- a) Oficio N° PE-1116-2016, firmado por la Presidenta Ejecutiva: se solicita prescindir presentación del informe remitido con nota N° PE47548-15 del 16-11-15 (atención artículo 26°, sesión N° 8764: informe sobre metas insuficientes del Plan Anual Institucional) y abocarse a lo dispuesto en artículo 6, Ac. III, sesión N° 8825: ello por cuanto se pidió una revisión metas institucionales en un plazo de dos meses y un plan para resolver cumplimiento metas en un plazo de un mes. El informe y plan requeridos se presentarán junto con informe seguimiento Plan presupuesto institucional del I semestre 2016, en el mes de julio 2016.
- b) Solicitud plazo: oficio N° DPI-092-16, del 22-1-16: "Acuerdos de Junta Directiva pendientes con corte al 31 de enero de 2016". Nota: este informe actualiza el presentado por medio de la comunicaciones números P.E.-25.951-15 de fecha 22 de abril de 2015; DPI-356-15 y DPI-531-15; asunto para decisión.

Anotación: por medio del oficio del 29-3-16, N° DPI-145-16, el Director de Planificación Institucional solicita un plazo mínimo de dos meses, para remitir el informe actualizado, dado que deben corregir algunas inconsistencias detectadas; se prevé que el 17-6-16 se enviará informe actualizado para ser agendado y conocido por la Junta Directiva.

c) Oficio N° DPI-186-16, de fecha 18 de abril del año 2016: informe ejecutivo del IGIS "Índice de gestión Institucional período 2013-2015" (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

XIV) Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.

a) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:

- a.1 Revisión de situación del Régimen de Cesantía en la CCSS para ajustarlo a la ley y del régimen de pluses salariales en la CCSS para viabilizar los ajustes necesarios para el fortalecimiento de la equidad y de la sostenibilidad financiera institucional.
- a.2 Moción en relación con la descripción específica de competencias de la Gerencia Administrativa de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Anotación: oficio N° P.E. 0151-16, fechado 20 de enero del 2016, firmado por la señora Presidenta Ejecutiva: análisis moción.

b) Planteamientos del Director Gutiérrez Jiménez:

b.1 Sostenibilidad financiera.

Por medio de la nota N° 56.237 se solicitó al Gerente Financiero el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

b.2 Modelo salarial. Nuevas Alternativas.

Por medio de la nota N° 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

- b 3 Modelo de Servicio
- b.4 Sostenibilidad Financiera del Régimen de IVM. Nuevas medidas.

Por medio de la nota N° 56.239 se solicitó al Gerente de Pensiones el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

b.5 Tema referente a la productividad.

Por medio de la nota N° 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

c) Mociones planteadas por el Director Devandas Brenes:

c.1 Moción Nº 1:

Solicitar a las Gerencias presentar en un plazo de tres meses una propuesta para llegar a un acuerdo con Correos de Costa Rica a efecto de lograr la distribución domiciliar o en los respectivos centros de trabajo, los medicamentos a los pacientes con enfermedades crónicas.

La Gerencia Médica establecerá las restricciones pertinentes atendiendo la naturaleza de los medicamentos.

Moción Nº 2:

Instruir a la Gerencia Médica para que llegue a acuerdos con los colegios profesionales que instalen consultorios de atención a médicos para sus agremiados.

Tales servicios se realizarán en el marco de las regulaciones establecidas en el Reglamento de Médicos de Empresa.

- **c.2** Solicitud para que la Gerencia Financiera presente el informe referente al proceso de conciliación con la Conferencia Episcopal (aseguramiento sacerdotes).
- **c.3.** Solicitud para que la Gerencia Médica presente el informe referente a la investigación relacionada con la vacuna del papiloma:
 - 1) ¿En qué consiste esa investigación?
 - 2) ¿Si alguna instancia de la CCSS la ha conocido?
 - 3) ¿En qué grado está involucrada la CCSS en esa investigación?
 - 4) ¿Si accederán los investigadores a la información clínica de las pacientes que participarán en tal investigación?

d) Planteamientos de la Directora Alfaro Murillo:

- **d.1** Informe COMISCA.
- **d.2** Tarifario de procedimientos médico quirúrgicos. Versión junio 2016.

ARTICULO 3º

Se toma nota de que se reprograma para la próxima sesión la meditación a cargo del Director Loría Chaves.

ARTICULO 4º

Se somete a consideración y se aprueba el acta de la sesión número 8839.

ARTICULO 5º

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 6°

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 7º

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 8º

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 9º

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 10°

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 11°

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 12º

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 13º

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 14°

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 15º

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 16°

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 17°

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 18°

"De conformidad con el criterio **GA-48815-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación".

ARTICULO 19º

Se toma nota de que la señora Gerente Médico retira el oficio N° GM-SJD-14224-2016, de fecha 27 de junio del año 2016, que contiene la Propuesta Proyecto Institucional para la atención de necesidades de plazas de Asistentes de Registros Médicos, con el objeto de revisar, con la Dirección de Administración y Gestión de Personal, algunos de los aspectos ahí contenidos.

ARTICULO 20°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-14272-2016, de fecha 27 de junio del año 2016, suscrito por la Gerente Médico, que contiene la propuesta de estrategia para el ingreso al internado universitario rotatorio.

La exposición está a cargo de la doctora Guillén Femenías, con base en las siguientes láminas:

1)



2) Antecedentes:

Acuerdo de Junta Directiva artículo 30, sesión 8848, del 9 de junio del 2016:

- Suspender la realización del examen a los estudiantes para el ingreso al internado rotatorio, dispuesta en el artículo 15°, de la sesión N° 7587, del 4 de octubre del 2001.
- En consecuencia instruir al CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico en Información y Seguridad Social) para que los campos docentes de internado sean asignados por medio de rifa entre los centros universitarios que imparten la carrera de Medicina, sin distinción de notas ni universidad de procedencia, y de igual forma para las carreras de Farmacia y Microbiología. La anterior disposición será de aplicación únicamente para el medio período del presente año.
- 3) Propuesta para distribución de campos docentes de internado

Valorar los posibles mecanismos de ingreso a los campos docentes destinados al internado rotatorio universitario en las unidades docentes de la Caja, siempre salvaguardando los derechos de los usuarios y la calidad de la atención.

4)



5) Programa único de internado rotatorio universitario

- Este programa incluye dentro del modelo de evaluación, la aplicación de un examen colegiado por todas las universidades al finalizar cada bloque.
- El temario del examen que se propone es el resultado del aprendizaje que se considera como mínimo debe tener un estudiante de último año de la carrera de medicina, organizado en los cinco bloques de rotación.
- 6) Programa único de internado rotatorio universitario
 - Es el único momento en que los estudiantes de medicina coinciden en un programa equiparable independiente de los planes de estudios de las distintas carreras.
 - Fortalecer las supervisiones directas e indirectas para salvaguardar los derechos de los usuarios y detectar puntos críticos.
- 7) Propuesta para distribución de campos docentes 2017
 - Incluir dentro de los requisitos que se solicitan a las universidades, que los aspirantes al campo clínico de internado hayan aprobado la prueba denominada IFOM, adaptada a Costa Rica.
 - Entre los estudiantes que aprueben este y los demás requisitos establecidos por la Caja, se distribuyen los campos docentes asignados para hacer el Internado Rotatorio Universitario según capacidad instalada.
- 8) Características de la prueba propuesta (costo asumido por las universidades) 16.000 dólares
 - Conformación de una comisión (Colegio de Médicos y Cirujanos, Ministerio de Salud, CCSS, MEP Universidades, CONARE, CONESUP)
 - Se contrata ente externo conformado por expertos en aplicación de pruebas de este tipo (sede Filadelfia)
 - Selección y publicación y temas en conjunto con los expertos.

9)

- Servicio de diseño de sistema de evaluación y prueba en conjunto con expertos
- Prueba piloto para el análisis de la prueba definitiva
- Proceso de registro virtual de aspirantes (indica especialidad de interés)
- Aplicación de la prueba

10)

- Análisis y entrega de los resultado de la prueba
- Atención de apelaciones de aspirantes
- O Costo según indagación de mercado:
- Costo de apelación para aspirantes: 30 dólares por pregunta
- Derecho por aplicar la prueba 75 dólares por aspirante (paga el interesado).

Respecto de la estrategia para el ingreso al internado universitario rotatorio, refiere la Dra. Guillén Femenías que como antecedente, es a partir del acuerdo que toma la Junta Directiva, en el artículo 30° de la sesión N°8848 del 9 de junio del 2010, en el que se acuerda suspender la realización del examen a los estudiantes para el ingreso al internado rotatorio, dispuesto en el artículo 15°, de la sesión N° 7587 del 4 de octubre del 2001. En consecuencia, instruir al CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), para que los campos docentes de internado, sean asignados por medio de una rifa, entre los centros universitarios que imparten la carrera de medicina, sin distinción de notas, ni universidad de procedencia, de igual forma para las carreras de Farmacia y Microbiología. La anterior disposición será de aplicación, únicamente, para el medio período del presente año. Tomando en cuenta esta disposición a nivel técnico, se valoraron los posibles mecanismos de ingreso a los campos docentes, destinados al internado rotatorio universitario en las unidades docentes de la siempre salvaguardando los derechos del usuario en la calidad de la atención. Se analizaron, tomando en cuenta todos los antecedentes, los costos que este examen conllevaba, además de la capacidad instalada como tal, porque es la principal variable que se tomó en cuenta y los derechos de los usuarios de los servicios de salud. Se propone a nivel técnico la distribución de los campos docentes entre las universidades, de acuerdo con la capacidad instada. Esa estrategia consistiría en que, actualmente, se cuenta con 800 campos clínicos, por lo que se reunieron a las universidades y se distribuyeron 100 campos clínicos por cada universidad y se les indicó que esa era la capacidad con que se cuenta. Además, analizaran el tema de acuerdo al histórico de cada universidad y su distribución, los espacios que a cada una le correspondería y nunca sobrepasando la capacidad. En ese sentido, se tiene que tomar en cuenta que esa distribución, será siempre de acuerdo con los espacios y al estudio de capacidad instalada que actualmente se tiene. La segunda posición sería una rifa de espacios docentes, la cual consistiría en la distribución de los 800 campos clínicos por bloques y que las universidades, se rifen los Cualquiera de las dos formas que se establezca, va a llevar a la parte de implementación de un programa único de internado rotatorio universitario, desarrollado por las universidades que deseen ocupar espacios en la Caja.

La Dra. Sáenz Madrigal pide que se devuelvan al acuerdo de la Junta Directiva, porque fue lo último que se analizó en la sesión pasada. Recuerda que en esa sesión, a nivel del Órgano

Colegiado, se estuvo analizando cómo había quedado redactado el acuerdo que se había tomado el 9 de junio de este año, en el cual se planteaba que se había suspendido el examen, para ingresar a los campos clínicos y, además, se hacía una rifa entre los centros universitarios. En el entendido de que ahí, lo que está definido es, claramente, esa intención para el año 2016, se dé la posibilidad de que esos campos clínicos que existen en este momento sean rifados entre universidades; reitera, ese fue el espíritu de la discusión. Se dirige a la Dra. Guillén y le pregunta, porque no entiende cuándo ella plantea una distribución de los campos clínicos, dado que lo que se planteó fue una rifa de espacios docentes de acuerdo con la capacidad instalada.

Aclara la Dra. Guillén que para este año se realizará la rifa de los espacios clínicos, y está distribuida de acuerdo con la capacidad que se tiene en la Institución y a la distribución de estudiantes que se tienen. Las universidades son las que tendrían que ir a las rifas, porque es lo ideal, dado que se tiene la cantidad de bloques para la cantidad de estudiantes.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y solicita se precise a qué rifa se refiere, porque una vez que haya habido una selección de internos, por los mecanismos de control que se dispongan, tanto hoy como a futuro. Ese grupo que ya ingresó, va a estar sujeto a una rifa para definir a donde le corresponde, si es en el Hospital San Juan de Dios o en Limón; pero no es como lo indica la Unión Médica Nacional, en términos de que la Junta Directa está rifando la salud, porque no es cierto. Enfatiza en que no se está seleccionando quién ingresa al internado por rifa, sino a donde le corresponde.

A la señora Presidenta Ejecutiva le preocupa ese tema de la rifa como tal, es decir, una distribución aleatoria proporcional, porque suena muy peyorativo.

Aclara el Director Devandas Brenes que leyó en Facebook que la Caja, rifa la salud pero no atribuido a la Unión Médica Nacional, fue otro profesional de la Institución, el que escribió ese mensaje en Facebook. Repite, pero no fue la Unión Médica Nacional, porque él participó en la Asamblea de la Unión Médica y ese argumento así no lo expresaron.

Coincide el Dr. Devandas Brenes con el Lic. Gutiérrez en que hay una discusión que no se ha dado aquí, porque es el proceso de selección para que el estudiante ingrese al internado, repite, ese tema no está todavía discutido. Suponiendo que ya esa discusión se produjo de alguna manera, ahora el asunto es que los estudiantes que van a ingresar, a dónde empiezan porque, incluso, es rotatorio. Si algún interno empieza en Limón, no significa que todo el año esté ubicado en el Hospital de Limón, porque es probable que pueda ir a otro hospital. Lo que le preocupa y no entiende es la rifa entre universidades, qué significa o darle los campos clínicos proporcionalmente a las universidades y ese aspecto no le parece. Por ejemplo, si una universidad tiene 71 estudiantes que van a ingresar a una especialidad, lo justo es hacer la distribución aleatoria de los 71 aspirantes, porque si se le indica a una universidad "a usted le toca 30 estudiantes en el Hospital México", estima que ya se empieza a distorsionar el asunto. En cuanto a la distribución al azar de espacios docentes de acuerdo a la capacidad instalada entre las universidades, no es así porque es entre los estudiantes.

Aclara la doctora Sáenz que al final de la sesión anterior se acordó que ese acuerdo además de que estaba claro y pertinente hablaba de que era una rifa entre universidades y que ahí se dejaba y así se trasmitió a las partes una vez terminada la sesión.

N° 8852

Don Mario solicita que le expliquen porque no entiende, o sea se tienen 75 campos clínicos se distribuyen entre las universidades así a X universidades 30 en el hospital México o cómo es que se hace entre las universidades por favor que lo expliquen.

Por su parte la doctora Guillen aclara que se toman los 71 estudiantes se hace bloque completo entonces se tiene: bloque uno Hospital Nacional de Niños, Hospital San Vicente de Paul, Hospital de Ciudad Neily, Hospital de Alajuela, se trata de que todos tengan una similitud entre hospitales nacionales y hospitales regionales para que sean iguales a la rifa se llaman a los decanos de las universidades quienes deben de ir sacando los números que les corresponden de cada uno de los bloques distribuidos que previamente han sido distribuidos y que son surtidos.

Don Mario, agradece la explicación y señala que le queda claro.

Por su parte la señora Presidenta Ejecutiva solicita se explique de nuevo para que quede absolutamente claro.

Don José Luis pregunta que si el CENDEISSS toma los campos que hay por cada bloque y por cada centro docente, de manera que en el primer bloque hay 10 en el Hospital San Juan de Dios cinco en un lugar y diez en otro.

Justamente la doctora Guillén contesta que no, lo que se asigna son los bloques completos, y que los estudiantes tengan en cuenta que se hace al azar ya se ha practicado además por los números se han dado cuenta que hay universidades que completan bloque este año; mientras que otras no, por lo que es más fácil distribuir los bloques completos equitativamente entre hospitales regionales, nacionales y periféricos, así está actualmente.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez que significa equitativamente.

La doctora Guillén contesta que significa que todos van a tener su bloque completo, la misma oportunidad, en el mismo momento o sea que el estudiante N°1 tendrá la misma oportunidad que el estudiante N° 71 y ese el objetivo que todos tuvieran la misma oportunidad, porque si se le permite a la universidad lógicamente el que tome primero el número va tomar el Hospital San Juan de Dios, el Hospital Nacional de Niños, Heredia y así todos se quedaban en San José y no era equitativo.

Seguidamente don José Luis pregunta que si la distribución equitativa lo es en centros nacionales y periféricos. La doctora Sáenz le contesta que son estudiantes de las universidades y don José Luis agradece la respuesta. Agrega también don José Luis que se está a medio período donde se supone que hay más campos que estudiantes; pero cómo sería esa situación en el escenario donde hay más estudiantes que campos, por ejemplo en el mes de enero.

Interviene la doctora Sáenz para precisar que ese escenario se analizará más adelante.

A su vez don Adolfo comenta que en la segunda etapa se discutió que debe de tener un mecanismo de control, precisamente porque si hay trescientos oferentes y ciento cincuenta campos quede claro, asimismo que haya certidumbre y certeza jurídica de que existe un

mecanismo de control que define como y quienes ingresan que no tiene nada que ver con la rifa que se ha comentado en este momento.

A la pregunta de don Mario de qué pasa si una Universidad no acepta cuál es el plan b, la doctora Guillén contesta que se les notifica la situación de los escenarios existentes; que probablemente no había campos donde normalmente tenían ese tema. Se les ha explicado y se les indicó que los bloques probablemente tendrían variación a lo que normalmente hubiesen tenido.

Don Adolfo comenta –dice- de manera extraoficial porque no tiene el oficio, acerca de que el Consejo Universitario supuestamente no estaba de acuerdo, menciona que don Mario inclusive participó en un debate con el Decano de la Universidad, donde el Decano de Medicina manifiesta su preocupación en el sentido de no tener profesores en algunas áreas regionales; esto es importante comentarlo de una vez porque esto es la visión de vida de la Institución y no quiere decir que una u otra universidad lo vayan a aceptar, considera que el esfuerzo que se está haciendo es muy bueno, que se debe de regionalizar, no se vale que una sola universidad independientemente de que sea privada o pública tenga privilegio de poder quedarse en el Gran Area Metropolitana (GAM) o San José específicamente, el mundo ha cambiado ahora se tiene una serie de jugadores, universidades de diferente índole y de diferentes características por lo que personalmente aspira a que se de una equidad en las formas para que todos tengan las mismas oportunidades para que cada quien logre sus objetivos e intereses, porque no es que la Junta Directiva pretenda imponer sino que debe de tener un fundamento y una base de justicia y equidad razonable.

Además, pregunta don Adolfo qué pasa si las universidades dicen que no van a llenar los espacios con sus estudiantes; le gustaría tener claro cuál sería la afectación en este escenario, se tiene algún plan b para aplicar porque a la Caja le interesa que esos internos desarrollen sus capacidades en función de brindar un mejor servicio al paciente, que es el interés de todos.

Otro aspecto que señala don Mario es que considera que el acuerdo del Consejo Universitario lo tomaron con alguna información equivocada porque lo que se ha propagado es que la distribución al azar sea el mecanismo mediante el cual se va a ingresar al programa y el Consejo Universitario. Con esa percepción toma un acuerdo equivocado, mismo que le aclaró al decano de medicina, que eso no es la rifa del mecanismo para ingresar es para distribuir los campos, ese mecanismo que incluso lo comentó con el Director Loría que ese examen que realiza la Caja le cuesta una cantidad de dinero importante además que introduce a la Caja en una serie de líos que no le corresponden; primero hacer el examen que era voluntariamente con los especialistas, haciendo el banco de preguntas, seleccionar luego las preguntas, entregar los temarios, aplicar el examen a 600 estudiantes, resolver las apelaciones y luego atender las acciones legales; en definitiva coincide con la Presidenta cuando dijo que eso es un problema académico la Caja no tiene porque hacer ese trabajo sino que debería ser una responsabilidad de las universidades o del Ministerio de Salud; lo que se debe de evitar es que un estudiante sea discriminado sino que debe de prevalecer un criterio de justicia.

Don José Luis expresa que no se puede ver solo en esa perspectiva, porque le preocupa que lo que se discutió la semana anterior es que debe de existir filtros para el ingreso porque si no ingresa cualquier persona y es muy importante porque tiene que ver con la responsabilidad que tiene la Institución para garantizar que a los campos clínicos ingresen personas que estén

orientadas en esa dirección, otro tema es que además sin duda alguna en los casos de las universidades privadas las carreras de medicinas son parte de un negocio que es muy lucrativo de ahí que le preocupa porque en un futuro todas las universidades privadas abren indiscriminadamente carreras de medicina se dará una demanda de campos clínicos que será posiblemente una enorme presión para la Institución y no se tiene un ente rector que controle esa situación y en la medida que el sector privado de la educación abra carreras de medicina la oferta para las universidades públicas será reducido en sus posibilidades en los campos.

Además menciona don José Luis que se analiza el tema de los estudiantes y de cómo ingresan a los campos clínicos pero además se debe de analizar el contenido de cómo entender el tema de los pacientes, insiste en que se debe de dar una discusión en torno al tema de la imposición que se hace con algunos pacientes de analizarlos con varios o muchos estudiantes cuando muchas veces hay pacientes que no están de acuerdo con eso, reconoce que no es el tema que se está abordando hoy pero desea dejar manifiesto que ese tema es necesario que lo aborde esta Junta Directiva porque es la parte que menos se discute y es fundamental en este proceso de educación de los estudiantes.

Aclara doctora Dominicque que en la rifa de este medio año no hay estudiantes de la Universidad de Costa Rica involucrados, los 71 estudiantes son de las universidades UNIBE, Hispanoamericana, UIA, San Judas Tadeo, Universidad Latina de Costa Rica cuando se hizo la distribución de estos estudiantes se hizo de esa manera a fin de evitar que al último estudiante le quedara solo los hospitales más alejados del GAM llámese, Limón, Golfito entre otros y además que sea los estudiantes de menos recursos. Aclara que cuando dice bloque se refiere a que el estudiante decide que bloque hacer a modo de ejemplo el primer bloque es de pediatría y lo hace en el Hospital de Niños, el segundo bloque es medicina interna y la hace en el Hospital San Juan de Dios el tercer bloque es cirugía y lo hace en el Hospital Calderón Guardia o decide hacer todos los bloques en el Hospital de Heredia de modo que si se distribuye de acuerdo a la capacidad todos los estudiantes rotaran por todos los hospitales que se tienen.

Agrega don Mario que para reafirmar lo indicado por el Director Loría el acceso al programa se debe de discutir efectivamente ese acceso tiene un límite que son el número de campos clínicos, en cuanto a la seguridad de los pacientes estudió el Reglamento vigente y es muy claro incluso en cada hospital hay un Consejo Docente responsable de supervisar la práctica porque no pueden un estudiante realizar ningún procedimiento sino está su profesor, no está autorizado, además habla el reglamento del consentimiento autorizado podría llamarse la atención a los directores para que se aplique la normativa, en cuanto a la rifa sugiere que la rifa sea por bloque.

Conforme con lo deliberado, **se toma nota** de que se solicita redactar propuesta de acuerdo y presentarla en el transcurso de la sesión.

La señora Gerente Médico y el equipo de trabajo que la acompaña se retiran del salón de sesiones.

Se hace un receso.

Se reinicia la sesión e ingresan al salón de sesiones la Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; los doctores Julio Calderón Serrano, Director de la Dirección de Centros

Especializados; Manuel Navarro Correa, Director; Rafael Cortés Ángel, Gilberth Arias Núñez, funcionarios de la Unidad Técnica de Listas de Espera; la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica; los ingenieros Félix Badilla Murillo y Allan Mora Vargas, funcionarios de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

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

ARTICULO 21°

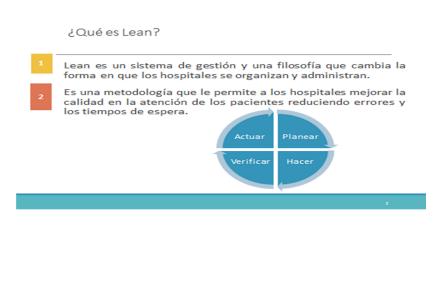
Se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-14339-2016, de fecha 27 de junio del año 2016, suscrito por la señora Gerente Médico, que contiene la propuesta del Proyecto resolución de brecha de estudios pendientes de reportar de Resonancia Magnética.

Con base en las láminas que se detallan, la presentación está a cargo de:

Ing. Mora Vargas:

 i) Proyecto de Mejora Proceso de Resonancia Magnética Metodología Lean Hospital Dirección de Proyección de Servicios de Salud Gerencia Médica

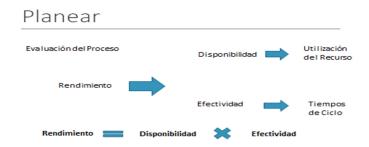
ii)



iii)

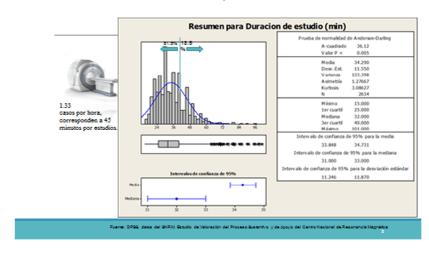


iv)



v)

Parámetros de la operación



vi)

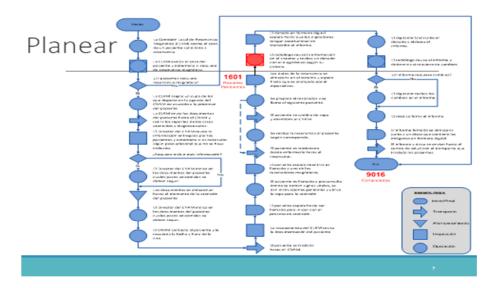
Tabla 1. Datos utilizados en el escenario 2, donde se considera la producción del año 2015 y la cantidad de cupos semanales de acuerdo al porcentaje de demanda por establecimiento

Hos pital	Descripción	2015	Porcentaje	Oupos Semans	Producción al año
HOG	Hospital Calderón Guardia	2551	23.3%	70	3.636
нм	Hospital México	2156	19.5%	58	3.037
HSJD	Hospital San Juan de Dica	1621	14.6%	44	2.284
HMP	Hospital Max Persits	765	6.9%	21	1.078
HSRA	Hospital San Rafael de Alajuela	700	6.3%	19	986
HNN	Hospital Nacional de Niños	641	5.5%	17	903
HSVP	Hospital San Vicente de Paul	451	4.1%	12	635
HM5	Hospital Monsedor Sanabria	565	5.1%	15	796
HEP	Hospital Escalante Pradilla	454	4.1%	12	640
HEBB	Hospital Enrique Baltodano Briceño	242	2.2%	7	341
HSO	Hospital de San Carba	170	1.5%	5	240
HNGG	Hospia i Naciona i de Geriatria y Gerontologia	133	1.2%	4	187
HTF	Hospital Tony Facio	131	1.2%	4	185
HWA	Hospital William Allen	153	1.4%	4	216
CENARE	Centro Nacional de Rehabilitación	100	0.9%	3	141
на	Hospital de Guáplica	72	0.7%	2	101
HLA	Hospital La Anexión	41	0.4%	1	58
HOARIT	Hospital Cart	49	0.4%	1	69
HSFA	Hospital San Francisco de Asía	40	0.4%	1	56
HNP	Hospital Nacional de Palquistria	8	0.1%	•	11
Total		11.073			15.600
Lista de es	pemactual	2.405			
Demands anual					

Tasa de utilización sin considerar la lista de espera Tasa de utilización considerando la lista de espera

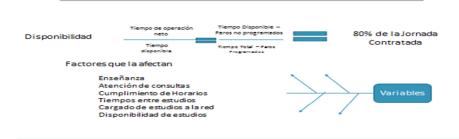
86.4%

vii)



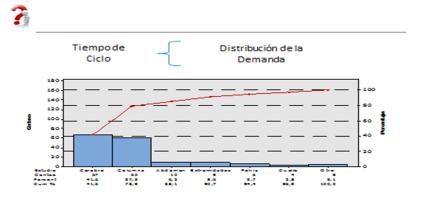
viii)

Planear (Análisis del Cuello de Botella)



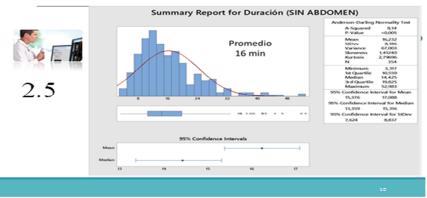
ix)

Planear (Análisis de Cuello de Botella)



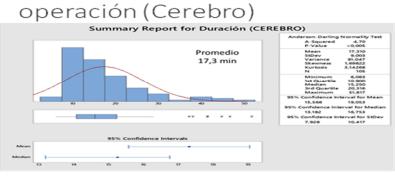
x)

Parámetros reales de operación, cuello de botella



xi)

Parámetros reales de operación (Cerebro)



- 11

xii)

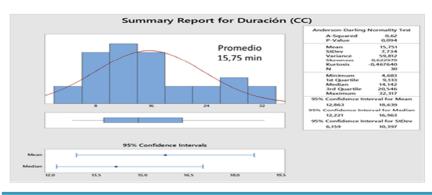
Probabilidades para reporte de Cerebro



12

xiii)

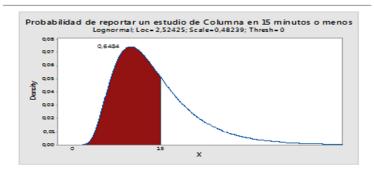
Parámetros de Columna



15

xiv)

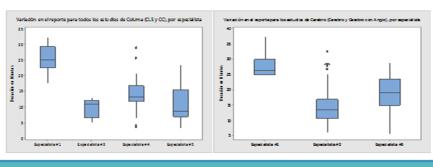
Probabilidades para reporte de Columna



14

xv)

Diferencias por especialistas



15

xvi)

Efectividad



xvii)

Hacer (Disponibilidad)

Reducción de Tiempos Tiempos ante la terro para la terro y tiempo improdución de l'improductivos Improductivos

Total a la terro Total a terro

 Control de la producción
 Control del Tiempo Laboral

 Control de actividades que agregan valor pero están fuera de la lectura

> META = 90% de Aprovechamiento

27

xviii)

Hacer (Efectividad)

	Situación	Cerebro	Columna	Situación Propuesta			
Rubros	Actual			Cerebro	Columna	Otros	
Parámetro de estudios por hora	2.5	2,5	2,5	3.0	4.0	2.5	
Demanda anual de estudios	13500	13500		13,5	13,5	13,5	
Porcentaje de producción		41.6%	37.3%	41.4%	32.4%	26.2%	
Tiempo requerido (horas)	5400	2246	2014	1863	1093	1,415	
Total Horas	5400	4260		2956			
Diferencia de estudios		1304	1				

xix) Conclusiones:

La relación entre las tasas de producción utilizadas en la programación de cargas de trabajo de los resonadores y radiólogos, es de 1,33 y 2.5 estudios por hora respectivamente.

Con la información recopilada en el muestreo, fue posible definir que los estudios de columna y cerebro representan el 80% de la producción del servicio.

Según los tiempos analizados, fue posible determinar los parámetros de producción para la lectura de estudios de cerebro (contemplan cerebro y cerebro con angio) y columna (contempla CLS y columna cervical):

- Para cerebro se define un parámetro de 3 estudios por hora.
- Para columna se define un parámetro de 4 estudios por hora.

La existencia de más de 1600 estudios de resonancia pendientes de lectura por parte del radiólogo, evidencian lo crítico que en este momento representa el correcto aprovechamiento del tiempo medico contratado como recurso y restricción del proceso.

Es necesario disponer de dos estaciones de trabajo adicionales debidamente equipadas y una actualización de las dos estaciones existentes, de manera que la lectura de estudios por parte de los radiólogos no se vea limitada por la disponibilidad de estos recursos.

xx) Recomendaciones:

- 1. Se recomienda programar los estudios de columna y cerebro con el parámetro de tiempo de un estudio cada 15 y 20 minutos, respectivamente o su equivalente de 4 y 3 estudios por hora.
- 2. Dado que aproximadamente el 80% volumen de la producción de estudios de resonancias magnéticas se enfocan en cerebro y columnas, se recomienda revisar el perfil de los radiólogos que se forman en esta subespecialidad para que esté acorde a estos tipos de estudio
- 3. Mejorar el control de la producción actual del servicio, para contar con un adecuado aprovechamiento del recurso humano disponible y disponer de una equitativa carga de trabajo para los radiólogos. Para la respectiva programación se recomienda utilizar una programación de 85%

xxi) Recomendaciones:

Definir estrategias para una adecuada sustitución de radiólogos y de esta manera cubrir permisos, vacaciones, capacitaciones u otras actividades, para que la capacidad de lectura del establecimiento no se vea afectada.

Se identificaron oportunidades de mejora en el proceso en el proceso de atención del SNRM que pueden colaborar en aumentar la capacidad resolutiva con que cuenta actualmente, entre las que destacan:

- Programación de los pacientes en resonadores según tipo de estudio, con lo cual se busca reducir los tiempos de alistamientos.
- Definición de protocolos institucionales para referir pacientes al SNRM, esto por cuanto alguno de los pacientes podrían atenderse con algún otro procedimiento radiológico como ultrasonidos o TAC.

El Ing. Allan Mora refiere que el proyecto que se presentará está enfocado en la metodología, para que un hospital logre aumentar el valor agregado de su producción, es decir, tratar de encontrar aquellos puntos que no dejan valor agregado, en el proceso y utilizando tanto la eficiencia, como la eficacia del proceso productivo. Básicamente, se enfocan en cuatro elementos: planear, ser, verificar, actuar y lo que busca es un cambio en la forma en que se organizan los hospitales. Es una metodología que permite mejorar la calidad en la atención de los pacientes, reduciendo errores y sobre todo tiempos de espera. En este caso, el proyecto ha sido más solicito al tema de tiempos y se busca dejar lo que corresponde al valor agregado del proceso, identificando aquellas situaciones que interrumpen de alguna forma la operación de un servicio. Entonces, se hace una propuesta sobre esos elementos que interrumpen y se trata de medir solo lo que es el tiempo productivo, para tratar de programar, ahora sí con el tiempo productivo. Se basan en dos indicadores, uno es de disponibilidad que corresponde a la utilización de recursos, valorando que tan eficiente se están utilizando los recursos y el otro aspecto, es el tema de la efectividad porque es a través de indicadores, concordados con un proceso de observación y medición de tiempos orientados, específicamente, a los tipos de ciclo. En un momento, el doctor Calderón se referirá a dos elementos correspondientes al tiempo de ciclo, asociado al tiempo del paciente en un equipo, porque era de 45 minutos y el otro elemento es un parámetro que existe de 2.5 estudios por hora, los cuales equivale a 24 minutos para la lectura de un estudio y era con lo que se estaba programando el servicio. Bajo esos parámetros, el resultado es la atención de 1.33 casos por hora, lo que corresponde a un equipo y 2.5 casos por estudio. En otros términos, prácticamente, con una hora radiólogo se cubren hasta dos estudios realizados en equipo. Uno de los primeros hallazgos que se tienen cuando se realiza el estudio, fue una muestra significativa, se refiere a más de 2.634 datos, porque en realidad el tiempo promedio del paciente en equipo, no es exactamente 45 minutos, sino que están cerca de 35 minutos, ese aspecto indica que se pueden tener diez minutos, los cuales se pueden aprovechar para programar, una forma diferente los estudios y, aproximadamente, se estaría ganando unos siete estudios al día, si se programa con 35 minutos cada proceso. El otro aspecto significativo que se determinó, es que el 81% de los tiempos, es menor a los 45 minutos; entonces, también se tiene suficiente evidencia estadística, de que podían ser menores los tiempos para aprovecharlos en el equipo como tal.

Respecto de una inquietud del Director Devandas Brenes, aclara el Ing. Mora Vargas que el tiempo para leer el estudio, es menor al que se tarda haciéndose el estudio.

El doctor Devandas Brenes señala que en una hora se hacen dos estudios y en una hora se lee 2.5 estudios, si fuera afirmativo le estaría sobrando tiempo en la lectura.

Aclara el Ing. Allan Mora que por hora el especialista tiene capacidad para leer 2.5 estudios, así es como está programado; pero el equipo por hora, prácticamente, tarda 1.33 hora. Por lo que va a dependen de cuantas horas tengan para leer, porque si el equipo está y es fijo, puede producir a esa velocidad, pero el tiempo de especialista en parte depende de cuántos especialistas se tienen

disponible, para leer en determinado momento. En ese sentido, pueden estar dos o un especialistas, pero si no tiene la cantidad necesaria para cubrir todo lo que está produciendo el equipo, se podría estar teniendo un problema, entonces, se hizo una revisión del proceso productivo. Se analiza lo correspondiente a la demanda para las dos partes, porque en este caso, son los dos especialistas que resuelven, dado que uno es el equipo y lo otro, es la interpretación del estudio y es muy importante, por el diagnóstico que se realiza. Respecto de lo que es un equipo como tal, en función de la demanda y las listas de espera, lo que se tiene es que el equipo estaría operando a un 86% de su capacidad. Si se trabaja en tres turnos, incluso, a los 45 minutos, ese aspecto da como resultado, alrededor de 15.600 estudios al año, mientras que en los reportes de listas de espera, en el momento que se realiza el estudio, más la reducción que ya está programada, es de alrededor de 13.500 estudios. Entonces, lo que se quiere cumplir con esta metodología, es que el equipo no se vuelve una restricción, porque en este momento no es el cuello de botella, si se logra llegar a operar el equipo a tres turnos, todavía se tiene capacidad para responder por los dos equipos que se tienen. En ese sentido, pasan a la siguiente etapa que corresponde a identificar, porque si en esa etapa se logran trabajar tres turnos, cuál sería el siguiente cuello de botella. En esos términos, el siguiente cuello de botella, se identificó en la lectura del estudio, porque la disponibilidad de los médicos, no fue tal para cubrir lo que se estaba procesando en estudios y, en ese momento, habían pendientes de reportar 1.600 estudios, los cuales tal vez el Dr. Calderón puede ampliar el tema, del por qué en determinado momento disminuyó tanto la capacidad de la lectura de los estudios. Entonces, valorando ese tema se va a determinar, cual es la disponibilidad que se tiene, en función de los Radiólogos que están contratados en este momento para hacer las lecturas. Ahí se identificó que, prácticamente, el aprovechamiento real de la jornada de los Radiólogos, es de alrededor de un 80%, es decir, que ya se está disminuyendo un 20% sobre lo que se está contratando para leer. En ese sentido, se analizó qué factores le puede afectar porque no, necesariamente, están totalmente orientados a estar haciendo la lectura, dado que se puede tener que ocupar del proceso de enseñanza, de la atención de las consultas, hacer las interconsultas. Además, de la comparación de estudios, los tiempos entre estudios, por ejemplo, con los equipos, el tiempo que tarda cargando el equipo, incluso, se midió ese tiempo y el promedio fue de alrededor de cuatro minutos. Entonces, entre todos los estudios, ya suman más de 40 minutos, incluso, por una jornada de los Radiólogos, los encargados de los estudios en la red y la disponibilidad de estudios. Ese aspecto también fue asociado al tema de cómo funciona el Sistema de Información, para cargar los estudios en pantalla, el tipo de software que se usa y el hardware, porque en determinado momento, puede darles problema. Entonces, se disminuye el tiempo de aprovechamiento para leer y ese es un punto.

Pregunta el Dr. Devandas Brenes qué quiere decir disponibilidad de estudio.

El Ing. Allan Mora responde que en el momento en que los Radiólogos, vayan a hacer la lectura el estudio esté cargado, porque por problemas del Sistema de Información e, incluso, también puede suceder que como son tantos los estudios que se cargan, uno se puede quedar sin cargar. Entonces, cuando los Radiólogos van a hacer la lectura y abren el paquete, para observar cual corresponde interpretar, no está cargado en la red y ese aspecto, significa un retraso en el momento de hacer la lectura del estudio. Sobre ese tema, existe otro elemento que ya se presentó y es el de disponibilidad. En este momento, se presentará el tema de efectividad, el cual se está asociando, directamente, a cuánto es el tiempo que dura realmente el estudio y al proceso de hacer una lectura del estudio, es decir, analizar si desde esa perspectiva, se podría

aprovechar mejor el tiempo. El primer aspecto que se determinó, fue en términos de que la distribución del total de estudios se centra, precisamente, en lo correspondiente a cerebro y columna, en cuanto al abdomen, las extremidades, la pelvis y el cuello son los que representan menos factores, solo en el cerebro y la columna se está haciendo referencia de que es el 80% de los estudios que llegan al servicio. A partir de ese momento, lo que se hizo fue hacer un muestreo de lo que corresponde a los tiempos de cerebro y columna, por lo que se comienza a medir, el tiempo real que se estaba tardando en ese proceso. Entonces, se hizo toda una planificación para ir a medir esos estudios. Lo primero que se determinó, fue que si se observa el total de estudios, en realidad el promedio de tiempo es de 19 minutos y se están programando a 2.5 estudios, porque era el valor de referencia. Ese sería como el promedio con abdomen, porque es una patología que no se da en forma tan frecuente, pero cuando se da es de las que más tiempo se tarda en realizar el estudio. En ese sentido, el 2.5 de estudio deja de ser tan general y es más característico de algunas patologías en específico, entonces, lo que se consideró es más bien hacer la programación por tipo de estudio. Si se elimina en ese ejercicio solamente el abdomen, se pasa a 16 minutos, ahí se estaría haciendo referencia de 24 minutos, porque se pasa a 16 minutos, lo cual al día se puede aprovechar bastante. Se había indicado que cerebro y columna, eran los dos procesos que más se daban, porque representan alrededor del 80% respecto de abdomen. En cuanto al estudio del cerebro el tiempo promedio es de 17 minutos, lo cual les permitiría programar hasta tres estudios por hora, en lugar de 2.5 estudios por hora. Cuando regresan entre la misma clasificación de cerebro, está lo que es cerebro solo y cerebro con un procedimiento que lleva un medio de contraste. El cerebro solo tarda 17.3 minutos. entonces dentro de esos resultados, cuando se analizan los datos como tal, la probabilidad de que los estudios duren menos de 20 minutos en ese tipo de estudios, es de un 76%; lo cual indica que perfectamente se pueden programar no 2.5 procedimientos por hora, sino más bien a 3 estudios por hora, con esos resultados que se están obteniendo y se logra obtener más capacidad productiva. Cuando se analiza el estudio de la columna, se determina que la duración total del procedimiento es de 14 minutos. Por ejemplo, cuando se hace un estudio de columna lumbosacra, es un estudio que se divide en columna lumbosacra y cervical, son los dos procedimientos que más se leen. Entonces, se tiene que para un estudio de columna lumbosacra, el promedio del estudio es de 13.27 minutos y si se observa, el promedio del estudio a la cervical es de alrededor de 15.75 minutos. El estudio de columna es de menos de 15 minutos, por lo que la probabilidad es de, prácticamente, un 65% lo cual les da suficiente evidencia también para indicar que la programación, se podría llevar en lo que corresponde a columna, 4 estudios por hora siempre y cuando, se logre garantizar que el tiempo lo tienen disponible, para esos procedimientos y tratando durante la gestión de disminuir, todos aquellas interrupciones o situaciones que se puedan dar que interrumpa el momento del estudio, es decir, los aspectos que pueden afectar. Se refiere a la comparación de lo que es el tiempo por especialista empleado en un estudio de columna y de cerebro. Lo que se indica es que, definitivamente, se van a tener diferentes tiempos por cada uno de los especialistas, porque los especialistas en la lectura tardan diferente tiempo. Algunas causas son la especialización que tiene cada uno, porque no es la misma, entonces, levendo un mismo tipo de estudio se puede tardar distinto tiempo. La habilidad o el tipo de estudio que se está revisando o la patología que se está encontrando, propiamente, en el estudio. Ese aspecto puede hacer que haya diferencia y a pesar de esas diferencias, desde el punto de vista del sistema productivo, se puede indicar que ese gran total, si se analiza agrupado entre los 3 estudios por hora, para lo que es cerebro y los 4 estudios por hora para lo que es columna. De esa forma lo que se obtiene es el tiempo que se está señalando antes, para los estudios correspondientes a cerebro y columna, porque el tiempo era de 24

minutos y el promedio simple de esos dos valores que corresponden a columna y cerebro, sería de 17 minutos. En ese sentido, realmente del tiempo solo se estaría utilizando un 67.5% de los 24 minutos, por lo tanto, la recomendación va orientada a que desde la perspectiva del tiempo de cómo se están programando 2.5 estudios por hora, se enfoque el plan de optimización al control de la producción, para asignar esos estudios por categoría y obtener una producción equivalente al parámetro que se está identificando, por lo menos para lo que corresponde a columna y cerebro. Con los otros procedimientos es más difícil hacerlo, porque son más complejos y llegan en menos frecuencia; entonces, para poder captar una muestra estadística, suficientemente, significativa se ocupa mucho tiempo, pero para esos otros estudios, como la tasa que se ha venido manejando es de 2.5 estudios por hora. Se considera que se pueden mantener los procedimientos en 2.5 por hora, porque sí se tiene evidencia de algunos datos, los cuales muestran que en esos procedimientos se tardan alrededor de 30, 35 y 40 minutos. El control de actividades que generan valor, pero que están fuera de la lectura con ese aspecto se refiere, a que sí corresponde a la parte de enseñanza y a tratar de excluir esa parte del proceso, no de mantenerlo en el tiempo de lectura y buscar una meta de aprovechamiento de un 90%. Al final lo que tiene en resumen, es que de la forma que se está programando actualmente, se estaría ocupando 2.246 horas y 2.214 horas para, efectivamente, los estudios de cerebro y columna. Si se programa con esos indicadores, la cantidad de horas requeridas, serían de 2.956 y se estaría teniendo, una diferencia de horas de ganancia de 2.404 horas que se programaron de esa manera, lo cual llevaría a que si se multiplica por los 3 o por los 4 especialistas, son alrededor de 3.500 estudios, que se pueden hacer con el mismo tiempo que se estaba haciendo anteriormente. Básicamente, la recomendación más importante es que para el procedimiento de cerebro, se define un parámetro de 3 estudios por hora y para columna, se define un parámetro de 4 estudios por hora. La otra recomendación importante de este punto que se recomienda programar por tipo de estudio, también en máquina de tal forma de evitar cambios bruscos en el tipo de paciente que se va a observar en el equipo de uno a otro, esos cambios y conducen a otro tipo de adiestramiento que se tiene que hacer en el equipo. Si se logran programar los mismos tipos de estudios, primero se puede llevar los procesos a 35 minutos y se estarían ganando, porque se pasaría de alrededor de 15.600 estudios, a alrededor de 18.500 en máquina y el tiempo entre pacientes también se logra minimizar. La otra recomendación importante es por el tipo de estudios que se le solicitan al Centro, porque muchos están ingresando y quizá, se deben de valorar, previamente, con otros estudios. Por lo que se está haciendo también una recomendación, orientada a que existan protocolos para determinar si ese es el estudio que es pertinente en ese momento y ese aspecto, porque podría ser un indicador en términos de que se podría estar disminuyendo la demanda. De esa forma lo que se estaría mostrando es como se puede aprovechar mejor el proceso actual del Servicio de Resonancia Magnética.

El Director Fallas Camacho pregunta si se está planteando que se hagan estudios seguidos, por ejemplo, 3 estudios de cerebro ó 3 de columna, pero ese aspecto; estima que implicaría una serie de elementos que se deben considerar para poderlo hacer, porque podría producir dificultades.

Interviene Dr. Calderón Serrano y señala que ese aspecto está contemplado dentro del plan de optimización. Para responder es sí, tal vez aunque, técnicamente, no es experto en esos procesos, por ejemplo, cuando se va a realizar una resonancia de cabeza, al equipo se le coloca lo que se denomina una bobina, la cual se tiene que considerar para ese estudio y, además, las características del paciente. Cuando se pasa inmediatamente para hacer un procedimiento de una

rodilla, como ilustración, se cambia ese aparato y se lo ubican en la rodilla y se vuelve a configurar el equipo. En ese momento, ese proceso genera unos tiempos muertos importantes, porque los estudios se ordenan por hospital, pero se pierde toda esa mecánica o se eleva esa mecánica de estar cambiando las bobinas.

Consulta el doctor Fallas Camacho sí se podría generar filas para procedimientos de cerebros o de columnas.

El Dr. Calderón señala que lo importante es, como ilustración, la demanda está bien identificada por cada uno de los tipos de estudio. Entonces, el único aspecto que es muy importante cuidar, aparte de lo que menciona el doctor Fallas, es que los procedimientos estén agrupados por tipo de estudio y estén también identificadas las superioridades desde el punto de vista clínico. Por otra parte, hay dos variables que habría que tomar en cuenta, pero en general los procedimientos dependen de una instrumentación y una organización de lo que corresponde a la demanda en ese sentido.

Para plantear la idea pregunta don Oscar Fallas si esa información, se les ha presentado a los Radiólogos para que entiendan la situación de esos procedimientos.

Sobre el particular, el Dr. Julio Calderón apunta que de hecho, esos resultados se les presentó antier al cuerpo médico del Centro de Resonancia y tuvo una aceptación muy importante, a pesar de que los cambios tienden a percibirse en una forma drástica, desde el punto de vista de la operatividad de los radiólogos y del equipo técnico. Entonces, de momento se puede adelantar que sí, de que a pesar de que se estaba pensando que se iba a crear mucha confusión y desconfianza, en cuanto a la aplicabilidad de los cambios, más bien los médicos se mostraron muy anuentes a poder implementar esos cambios.

Agrega la señora Presidenta Ejecutiva que los procedimientos conllevarán un orden y una planificación distinta.

El Director Devandas Brenes indica que le gustaría que se comente el último párrafo.

El Ing. Allan Mora señala que en cuanto a las dos estaciones de trabajo, son las que se están utilizando para reportar, se está recomendando disponer de dos estaciones más, las cuales serían propiamente las computadoras que se utilizan para cargar la información, para hacer la interpretación del estudio y la lectura, el dictado y generar el reporte. Se está haciendo la recomendación de dos equipo más. Lo anterior, por ese fraccionamiento que se tiene en los horarios y en determinado momento, pueden estar 3 especialistas haciendo procedimientos en un mismo horario.

Consulta el doctor Devandas Brenes si dos estaciones son dos equipos de cómputo.

Responde el Ing. Mora que sí, porque también se necesita equipo de cómputo para la lectura de los estudios. Entonces, a lo que se hizo referencia anteriormente, respecto de ese aprovechamiento del recurso, la idea es que se tenga el equipo disponible, en el momento en que llegan los Radiólogos para poder hacer el reporte.

Respecto de una pregunta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer si se aumenta el uso del equipo para hacer los estudios, existiría la probabilidad de aumentar las fallas en el equipo, indica el Ing. Mora que, incluso, ayer hicieron esa misma pregunta desde el punto de vista técnico propiamente. La cantidad de fallas de equipo se producen como tal, según indicó el físico médico; sin embargo, el equipo está previsto para trabajar 24 horas al día y 7 días a la semana, se supone que por algunas situaciones, se va generando el desgaste propio, pero el equipo tiene la capacidad para ese trabajo.

En cuanto a los protocolos, el Director Fallas Camacho indica que le satisfacen, porque le parece que ese aspecto de insistir bastante, inclusive, no sabe si hay análisis de esos 40.000 estudios, cuantos salen con patología y cuántos sin patología, porque se podría tener una idea que lo que está sucediendo.

Al respecto, el Dr. Calderón indica que sistemáticamente no se ha hecho, pero esa conversación ya se ha tenido con los Radiólogos y estiman que estableciendo vías de referencia, porque ya están adelantados en esa tarea, con los funcionarios de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, de hecho ya están tratando de hacerlo hace tiempo. Además, consideran que los estudios se pueden disminuir hasta en un 50%, conocen que es un porcentaje difícil de conseguir, pero en ese sentido se podría producir un cambio significativo, cuando se pueda implementar abiertamente.

Doctor Calderón Serrano:

1)



2) Antecedentes:

- Inauguración: abril 2011. Se inicia con un resonador.
- En julio 2012 empieza a funcionar un segundo resonador.
- Se crearon 49 plazas para garantizar el funcionamiento del CNRM en el primer y segundo turno; pero asignadas al HCG, generando problemas orgánicos y funcionales.
- O Dependencia jerárquica: de la DICE

- 3) Organización de agendas:
 - Estructura de agenda y distribución por hospital según requerimientos del momento, diseñada por la Dirección de Sistemas Administrativos.
 - Los estudios se programan cada 45 minutos (ámbito técnico) y la lectura o reporte de los estudios por el radiólogo se han manejado con un índice de 2.5 estudios por hora.
 - Estudios de "cuerpo" y "abdomen" pueden prolongarse hasta por una hora y se exceptúan del promedio.

4)

- Producción esperada por semana:
 - primer turno: 113 estudios;segundo turno: 127 estudios;
 - tercer turno: 90 estudios (no se ha normalizado su apertura).
 - Capacidad total 330 estudios semanal.
- Capacidad anual 16500 estudios **Lunes a viernes (3T),sábado (2T)**.

5)

HORA	LUI	NES	MA	RTES	M	ERC	JUE	EVES	VIE	RNES	S	AB
	R-1	R-2	R-1	R-2	R-1	R-2	R-1	R-2	<u>R-1</u>	<u>R-2</u>	R-1	R-2
06:30 a.m.	HCG-H	HCG	HCG-H	HCG	HCG	HCG-H	HCG-H	HCG	HCG	HCG-H		
07:15 a.m.	HCG-H	HCG	HNN	HNN	HCG	HCG-H	HNN	HNN	HNN	HCG-H	HCG	HCG
07:45 a.m.	HSJD-ORT	HCG	HM-RAD	HMP	HCG	HNN	HSJD-NEU	HSJD-CX	HNN	HCG	HNN	HNN
08:30 a.m.	HSJD-ONCO	HSJD-NEU	нм	HMP	HCG	HNN	HLA	HMS-NEUR	HNN	HMP	HTF	HNN
09:15 a.m.	HSJD-ONCO	HSJD-ORT	HTF	HMS-NCX	HEP	HNN	HMS-NCX	HMS-NEUR	HG	HMP	HSJD HEP	HCG
10:00 a.m.	HSJD-NCX	HSJD-NEU	HSJD-ORT	HMP	HNN	HEBB	HMS-NCX	HMS-NEUR	HEP	HWA	HEP	HMS CX
10:45 a.m.	HSJD-NCX	HCG	CENARE	HMP	HNN	HEBB	HM-RAD	нм	HEP	HMS-NCX	HEP	HTF
11:30 a.m.	HSJD-ORT	HSC	H.CARIT	HNGG	HNN	HM-RAD	HM-RAD	HM	HEP	HMP	HTF	HNN
12:15 a.m.	HWA	HSC	HSR	HNGG	HNN	нм	HM	HM	HGRE	HMP	HLA	HLA
13:00PM	URGENTE	ALMUERZO	URGENTE	ALMUERZO	URGENTE	ALMUERZO	URGENTE	ALMUERZO	TEC SAL	EN 1PM	URGENTE	ALMUERZ

6)

II TURNO												
											II TU	
13:45 pm	HSVP	HSJD-MED	HEP	HSRA	HM	HM-RAD	HSRA	HSRA	HM RAD	14:00 HEP	HNGG	
14:30 pm	HSVP	HSVP	HSJD-NCX	HSRA	HM	HM	HSRA	HSRA	13:45-HM	HM-RAD	HWA	HNGG
The part												
												HWA
15:15 pm	HSVP	HSVP	HSRA	HSRA	HM	HM	HSRA	HSRA	14:30-HM	15:20-HM	HEP	
16:00 pm	HSVP	HSVP	HSRA	HSRA	HM	нм	HMP	HSJD-ORT	15:15-HM	16:00-HM	CENARE	HG CENARE
resso prin			1,007	1,007				1000 011	10.10 1100	10.00 1 1101	CENTRE	CEIVINE
16:45 pm	HSVP	HM-RAD	HM-RAD	HSRA	HM	HM	HMP	HSJD-NCX	16:00-HM	16:45-HM	HEBB	HEBB
17:30 pm	HCG	HM-RAD	HM	HSRA	HMP	HMP	HMP	HSJD-NEU	16:45-HSJD	17:30-HSJD	HEBB	HEBB
17.50 pm	1100	HIVERAL	HIVI	neen	rivie	rivie	rivie	Hadbineo	NEU	ONCO	HEDD	neoo
18:15 pm	HCG	HM	HM	HSJD-NEU	HMP	HMP	HMP	H\$JD-MED	17:30-HSJD	18:15-H\$JD-	HSRA	HSRA
									<u>NEU</u>	<u>NCX</u>		
19.00 pm	URGENTE	HCG-H	URGENTE	HSJD-NCX	URGENTE	HSJD-NCX	URGENTE	HCG-H	18:15-HSJD	19:00-HCG	CE	NA .
									ORT			
19:45 pm	<u>HCG</u>	HCG	HSJD-ORT	HSJD-ONCO	HSJD-NEU	HSJD-ONC	HCG	HSJD-ORT	19:00-HCG	19:45-HCG	HEP	HEP
20:30 pm	HCG	HCG	HSJD-NEU	HSJD-CX	HSJD-ORT	HSJD-NCX	HM	HSJD-NCX	19:45HCG	20:30HCG	HCG	HCG
2000 pm												
21:15 pm	<u>HCG</u>	URGENTE	INFORM	URGENTE	INFORM	URGENTE	INFORM	URGENTE	URGENTE		HCG	HCG
										URGENTE		

7)

III TURNO										
22:00							нм	HCG	<u>HM</u>	HCG
	HM	HCG	HM	HCG	нм	нод-н				
22:45							HM	HS∨P	<u>HM</u>	<u>HSVP</u>
	HM	HS√P	HM	HS∨P	HM	HS∨P				
23:30							HM	HSJD	HM	<u>DLSH</u>
01:00	HM	HSJD	HM	HSJD	HM	HSJD	HM	HSJD	<u>HM</u>	HSJD
	HM	HSJD	HM	HSJD	нм	HSJD				
01:45							HM	HMP	<u>HM</u>	<u>HCG</u>
	HM	HMP	HM	HMP	HM	HMP				
02:30							HM	HMP	HM	HCG
	HM	HMP		HMP	нм	HMP				
03:15	nivi	HWE	HM	HWE	n/vt	HMP	HM	HMS-NEU	<u>HM</u>	HCG-H
	HM	HMS-NEU	HM	HMS-NEU	нм	HMS-NEU				
04:00							HM	HSRA	<u>HM</u>	HSC
04:45	HM	HSRA	HM	HSRA	HM	HSC	HM	HSRA	<u>HM</u>	HSC
04.45							HM	HakA	11/01	<u>naC</u>
				1100.4						
	HM	HSRA	HM	HSRA	HM	HSC				

Quench: el 8 de enero del 2013, el 22 julio del 2014 y el 19 de diciembre 2014.

PRODUCCIÓN DE ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA

AÑO	PRODUCCIÓN DE ESTUDIOS
2011	3670
2012	7842
2013	9840
2014	9972
2015	12745
TOTAL	44069

9)

PRODUCCION Y AF	ROVECHAMIENTO 2010	
MES	PRODUCCION	% APROVECHAMIENTO
ENERO	1238	
FEBRERO	1418	96
MARZO	1405	97
ABRIL	921	98
MAYO	1095	97
TOTAL	6077	97 PROM

HORARIOS DE MEDICOS ESPECIALISTAS RADIOLOGOS CNRM

MEDICO ESPECIALISTA	TIEMPO	HORARIO
Dr. Wong Hsu Kal Che	М	L a J 6:00 am a 10:30 am V 6:00 a 10:00 am
Dra. Meļfas Soto Carolina	c	L a J 1:00 pm a 10:00 pm V 1:00 a 9:00 pm
Dra. Madriz Meza Wendy Paola	М	L a J 11:30 a 4:00 pm V 11:30 A 3:30 pm
Dr. Hemández Galtán Manuel	М	LM,V 12:00 md a 4:30 pm K libre J 7:00 am a 4:00pm
Buján González Randall	М	L a J 4:00 pm a 8:30 pm V 4:00pm a 8:00 pm
Melvin Esquivel Solis	м	L a J 7:00 am a 11:30 am V 7:00 am a 11:00
Faylan Esquivel Solis	ANT JEFE	La J 11:30 a 4:00 pm V 11:30 am a 3:30 pm

10) Plan de optimización:

• CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN DE ESTUDIOS:

- Apertura de tercer turno con tiempo ordinario: asignación de 10 plazas, priorizadas tercer tracto del 2016.
 - De 12000 estudios anuales a 16500 con 45 min por estudio.
- Análisis de tiempos para la realización de los estudios.
 - 16500 estudios anuales a 45 min. por estudio

- 20300 estudios anuales a 36 min. por estudio
- Aumento de 23% en la capacidad de estudios por cambio de parámetro
- Cambio de organización de agenda por tipo de estudio o modelo mixto incluyendo prioridades determinadas por los hospitales. Aumenta la producción.
- Lo anterior requiere de la gestión de listas de espera como responsabilidad del Centro. Según la UTLE a partir del año 2017
- Actualización de software para el trasiego y carga de estudios (imágenes).

11)

PLAN DE OPTIMIZACIÓN

• CAPACIDAD DE LECTURA:

 Estudio de tiempos realizado por Ingenieros Industriales de Dirección de Proyección. Actualización de índices productivos que actualmente se maneja en 2.5 estudios reportados por hora.

·Calculo para comparar la cantidad de horas de lectura necesarias para atender la demanda anual de 13,500 estudios.

	Situación	Situación Propuesta			
Rubros	Actual	Cerebro	Columna	Otros	
Parámetro de estudios por hora	2.5	3.0	4.0	2.5	
Demanda anual de estudios	13,500	13,500	13,500	13,500	
Porcentaje de producción		41.4%	32.4%	26.2%	
Tiempo requerido (horas)	5,400	1,863	1,093	1,415	
Total Horas	5,400		4,371		
Diferencia de horas			1,029		
Diferencia Porcentual			19.06%		

12)

PLAN DE OPTIMIZACIÓN

Tipo de estudio con 1029 horas	Producción
Cerebro	1278
Columna	1332
Otros	675
Total	3285

8000 HORAS ANUALES CONTRATADAS	PRODUCCIION ESTUDIOS	85%	
Capacidad de lectura	25480	21685	
Requerimiento de lectura	14400		
Diferencia		7285	33.6 %

13) Plan de optimización:

- Actualización y aumento de estaciones de trabajo, incluye la actualización de software para trasiego y carga de imágenes. Se aumentarán 2 estaciones de trabajo, para un total de 4. Esta adquisición se está realizando por medio del Proyecto de Atención Integral de Cáncer, actualmente es fase de identificación de requerimientos técnicos.
- Traslado de radiólogo especializado en RM ubicado actualmente en el Hospital de Alajuela, que requiere la asignación de nuevo radiólogo en ese hospital.

14) Plan de optimización:

• OTROS FACTORES

• Elaboración de Guías de referencia para la solicitud de estudios de RM: Esta actividad ya está en proceso y coordinada con la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud con la participación del Dr. Hugo Chacón Ramírez y el Dr. Carlos Muñoz Retana.

• Asignación de Unidad Programática:

Pendiente la asignación de tres plazas con perfil administrativo. Pendiente estudio organizacional de la Dirección de Desarrollo Organizacional.

- Realizar una adecuada programación del tiempo del especialista radiólogo, identificando y organizando las actividades productivas.
- Fortalecer los mecanismos de control de horarios para el reporte de estudios, así como la distribución de estudios realizados y el control de la producción.

En cuanto al Plan de Optimización del Centro de Resonancia Magnética, el Dr. Julio Calderón señala que un poco con lo que ya había mencionado el Ing. Mora, tal vez se tienen que analizar otros aspectos asociados. Primero, en cuanto a la capacidad de producción de estudios fuera del tercer turno con tiempo ordinario, es prácticamente una realidad, porque ya la Gerencia Médica autorizó y priorizó las diez plazas necesarias para el tercer turno. Corrige en el sentido de que ya se tiene el visto bueno de la Gerencia Médica, para poder priorizar ese tema. Si es posible y lo aprueba la Junta Directiva, se estaría implementando el tercer turno este mismo año, pero también es importante indicar que se pasaría de 12.000 estudios anuales en dos turnos, a la posibilidad de producir 17.500 estudios, todavía a 45 minutos, sin haber variado ese indicador. El análisis de tiempos para la realización de los estudios era un poco o mucho, lo que explicaba el Ing. Mora y recapitula que de 16.500 estudios anuales a 45 minutos en los tres turnos, pero si se modifica el indicador a 36 minutos por cada estudio, se estaría en capacidad de realizar 20.300 estudios al año. Recuerda el aspecto de agenda se tiene que también tener en cuenta, porque todavía se tiene un tercer turno de sábado que no se está ocupando y un domingo que tampoco se está utilizando, dado que hay que tener claro que son equipos que trabajan 24/7 y están hechos para realizar ese trabajo, es decir, no descansa. Lo cual implica un 23% de aumento en la capacidad de producción, solo con el cambio de los 36 minutos. El otro aspecto que se había mencionado, era el cambio de organización de la agenda, por tiempo de estudio a un modelo mixto que ya lo había adelantado es, precisamente, que las bobinas o antenas están colocadas, para la forma seriada, es decir, ubicar a los pacientes que tienen el mismo tipo de requerimiento de estudio.

Ante una consulta del Dr. Fallas Camacho, explica el Dr. Calderón que esas bobinas son accesorios que tiene el aparato, las cuales son de un mantenimiento muy riguroso y, probablemente, se tienen que estar cambiando periódicamente, porque son las bovinas las que se lesionan con el uso, no tanto el aparato sino el magneto como tal. Lamentablemente, no tiene elementos para poder cuantificar, cuál es la ganancia del tiempo que tienen, pero pareciera que si es evidente cuando se hacen las configuraciones y los cambios de bovina en el aparato, porque es evidente que se produce una disminución del tiempo de utilización. Es importante mencionar que se requiere que el Centro haga la gestión de listas de espera, ahora, al hacerlo por hospital se le facilita al Centro, porque en realidad el Centro es el que maneja sus pacientes y sus listas. En ese sentido, programa para semana los 36 pacientes que envían los hospitales. Pero para poder hacer un cambio por tiempo de estudio, se tiene que dominar el 100% del requerimiento, en otros términos, el Centro Nacional de Resonancia es el que tiene que hacer la gestión de listas de espera, para que a él sea al que le lleguen las solicitudes y las pueda ordenar. Según la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), ese aspecto se podría dar por el trabajo que se está haciendo, levantando los requerimientos de los hospitales a partir del año 2017. Por otra parte, en cuanto a la actualización del software para trasiego y carga de estudios, es importante y esos son temas que no se observan, pero el proceso correspondiente a la carga de imágenes en el equipo, así como la calidad, incluso, de las imágenes dependen de las actualizaciones y el equipo de software que se requiere. Comenta que adelante se va a abordar el tema, pero este es un asunto importante, porque ya se está en la fase de estudios de requerimientos con el Proyecto de Fortalecimiento, en temas de cáncer, precisamente, para financiar lo que indicó el Ingeniero Mora de actualizar las dos estaciones de trabajo actuales y la adquisición de dos más. Hace hincapié en que el equipo es un poco más que una computadora y un monitor, porque es un trabajo que en este momento se está perfilando, con un costo de trescientos mil dólares para lograr realizar la actualización de los equipos.

Recuerda la doctora Sáenz Madrigal que hace poco tiempo se presentó para aprobación de la Junta Directiva, la actualización del equipo del Centro de Radioterapia del Hospital México y fue solamente la actualización del sistema, del software y el costo era de alrededor de varios millones de dólares. En esos términos, la actualización del equipo del Centro de Resonancia Magnética es en esa línea, porque ese software hay que estarlo actualizando y haciendo el ajuste con el equipo, para que envíe las láminas a esas terminales, para indicarlo de alguna forma, las imágenes para que estén para la lectura en los puestos de trabajo. Entonces, ese es un gasto corriente que hay que irlo incluyendo, porque es parte de tener equipos de esa naturaleza.

Agrega el Dr. Calderón que más bien está incluido en la adquisición de dos equipos más, porque lo que se pretende es que los especialistas por ese fraccionamiento de horario que tienen, puedan hacer su trabajo, cuando a cada quien le corresponda su momento, es decir, tengan la estación de trabajo para poder hacer la lectura. El otro escenario es la capacidad de lectura, porque se va devolver a los datos del Ingeniero Mora, e indicar que los cambios de los índices de producción en los Radiólogos, son los que generarían en el cuello de botella que está ratificado, es el mayor cambio que se necesita estimar. Los nuevos parámetro medios, porque se hizo un trabajo escrito muy arduo, para lograr un índice de 2.5 a 3 procedimientos en cerebro, de 2.5 a 4 estudios en columna, pero adelanta que puede ser más bajo ese tiempo, porque los estudios sobre todo

comparativos de abdomen, los oncológicos pueden tomarse más de una hora, u hora y treinta minutos, de tal manera ese aspecto no sería sorpresivo que, eventualmente, los estudios puedan disminuir a 2.5. La demanda actual de estudios es de 13.500 como lo mostró el Ing. Mora, porque se tiene, prácticamente, un 20% que les queda como una capacidad de sobre oferta, para poder seguir haciendo los reportes de los estudios. Precisamente, llevando esas horas en excedente a producción de los mismos estudios, se estarían haciendo hasta 1.278 estudios más de cerebro. En cuanto a la lectura al año de columna se estarían haciendo 1.332 más y se estarían haciendo de los otros procedimientos, los cuales mencionó hace un momento a 665 lecturas más, para un total de 3.285 lecturas. Lamentablemente, lo que ha venido mostrando, se relaciona con el tiempo contratado. En cuanto a la programación de lectura, propiamente, en el tiempo disponible pero por las características del estudio. se ha tomado el tiempo contratado. Actualmente, se tienen 8.000 horas anuales contratadas de Radiólogos para hacer las lecturas. Insiste en que son contratadas, por ejemplo, dentro del equipo de Radiólogos, por la edad que tienen solo hay una radióloga que tiene 22 días de vacaciones y los demás 30 días, además de las vacaciones profilácticas que todos las tienen como Radiólogos. También tienen vacaciones por docencia y están susceptibles a tener licencias por maternidad, así como incapacidades, tienen permisos sin goce de salario y esos aspectos no se han mostrado. Enfatiza en que cuando se hace referencia de licencias por maternidad, porque, posteriormente, el encargado que presentará el proyecto va a hacer referencia del cuello de botella, el cual se concentraba en poder resolver 1.500 estudios de lectura. Esa situación se originó en el año 2015, cuando se da la apertura del tercer turno de tiempo extraordinario, para compensar los efectos de la situación anterior, pero se adelanta una incapacidad del único tiempo completo que se tenía contratado, como una licencia de maternidad también adelantada. Entonces, se perdió el 30% de la capacidad de lectura, en un solo momento, por lo que se acumuló ese tipo de trabajo. Ese evento es para indicar que con esas horas contratadas se tiene una capacidad de lectura de 28.480 estudios v recuerda que en el Centro se puede producir y se referirá no a los 13.500 estudios, como lo mencionó el Ing. Mora, sino a 14.400 procedimientos, por un motivo, se ha tenido una capacidad que llega hasta los 12.000 estudios en un año. No obstante, a esa producción se le tiene que agregar, los estudios que están pendientes de lectura en la lista de espera, la cual asciende a alrededor de 1.600 pacientes, dada la situación que aconteció el año pasado, respecto de la incapacidad de la Radióloga por maternidad. También se le tiene que sumar una estrategia del Hospital Calderón Guardia, porque les regaló 800 estudios, dado que era una cantidad de lecturas que estaban pendientes y no se contabilizaron dentro del sistema; pero en este estudio sí se está contabilizando, para efectos de mejora y mostrar la realidad de lo que se está presentando.

Pregunta el Director Fallas Camacho que tiempo de espera tenían esos estudios.

Responde el Dr. Julio Calderón que esos estudios generaron un atraso de cuatro meses, en el análisis se está aplicando un 85%, porque ese porcentaje significa y no sabe si se captó bien, la disposición del Ingeniero Mora de que hay una necesidad de que se le establezca una cuota de estudios a los radiólogos, por la variabilidad que se mostró, la cual se daba entre un Radiólogo y otro, es decir, no se le puede fijar a un Radiólogo 15 estudios que no va cumplir. En ese sentido, se está recomendando entre en un 85% y un 90% de la capacidad total de estudios, para que sea programada y si se procede de esa manera, la cantidad de estudios sería de 21.785 procedimientos, el número de estudios que se pueden leer y la diferencia entre esa capacidad y lo que se tiene que resolver, es de 7.285 estudios, es decir, todavía se pueden leer 7.285

estudios más de lo que se está esperando tener que leer en este momento, porque sería la capacidad anual más la lista de espera, esa es una capacidad de 33.6%. Aunque alguna persona podría indicar que es una sobreoferta, pero se está trabajando con tiempos contratados; en ese sentido, se hizo la aclaración desde el inicio, porque bien se conoce que la programación de los tiempos en la administración del tiempo de los Radiólogos, se puede llevar desde un 30% a un 40%, de tal manera que es la verdadera interpretación que la programación tiene. momento, la programación está quedando en una situación equilibrada, para poder manejar los estudios de siempre más la lista de espera, ya cuando se tenga que hacer la programación de los tiempos. En otros términos, se podría pensar no le hace falta un Radiólogo, sin embargo, no se tiene la seguridad de que no se ocupe, porque como los procedimientos se están llevando a una situación de equilibrio, no se tiene opción de no generar ninguna respuesta, prácticamente, ante una situación que no se pueda prever. En ese sentido, para continuar es importante recapitular, el tema relacionado con la actualización y aumento de las estaciones de trabajo. Por otra parte, el traslado de un Radiólogo especializado en Resonancia Magnética que se formó para el Hospital de Alajuela, es un Médico Radiólogo, pero no tiene resonador, entonces, ese aspecto también se ha negociado con la Gerencia Médica, en términos de que se pueda hacer, eventualmente, un traslado y se le asigne un Radiólogo General al Hospital de Alajuela, es decir, se traslade un Radiólogo Especializado al Centro Nacional de Resonancia Magnética. Otros factores considerados en la elaboración de las guías que mencionaba el Dr. Fallas, las cuales son protocolos y muy importantes y aunque no tienen la capacidad de cuantificar la experiencia y el "expertice" de los radiólogos, hacen referencia de hasta un 50% de disminución, una vez que se logren aprobar en forma oficial, porque si existen el Centro Nacional de Resonancia Magnética, dado que se han generado protocolos hacia los Centros, pero nunca se han oficializado de parte de la Institución, ni de parte de la Gerencia Médica, ni de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, porque sería lo que se tiene que hacer, este aporte en conjunto con ellos. La asignación de la unidad programática que hoy por hoy, no la tiene, a pesar de la dependencia jerárquica de la Dirección de Centros Especializados, precisamente, porque como no tiene estructura organizativa tampoco, eventualmente, se podría hacer la solicitud de las plazas en forma justificada y con el elemento, pero el requerimiento para independizar y darle todos los elementos de presupuesto y de contratación y, evidentemente, la autonomía que requiere un Centro. En este momento, el requerimiento y la estructura organizativa están planteados a la Dirección de Desarrollo Organizacional, así como la solicitud de tres plazas de orden administrativo, para poder hacer que se autorice una unidad programática en la Dirección de Presupuesto. Ese aspecto los conduciría a determinar qué es lo más importante y lo quiere mencionar, porque si el Centro tiene una Unidad Programática, puede obtener las 49 plazas que tiene el Hospital Calderón Guardia, las cuales no pueden ser administradas por ese Centro. Además, realizar una adecuada programación del tiempo de especialista-radiólogo e identificar y organizar las actividades productivas, porque hay que reconocer que desde el punto de vista de dirección y administración del Centro, existe la necesidad de hacer mucho más, en términos de fortalecer los elementos de planificación y organización que tiene las actividades sustantivas de ese Centro. Además, del fortaleciendo de los mecanismos de control de horarios que son fundamentales en el proceso, para el reporte de los estudios, así como la distribución de estudios realizados y el control de la producción. Ese aspecto es muy importante, porque recordaba que solo se tiene un medio tiempo de dirección y, lamentablemente, puede generar mucha crisis administrativa, en términos de control y ese elemento es lo que les está haciendo falta.

Por su parte, el Director Alvarado Rivera respecto del tema de los exámenes y el asunto de las vacaciones profilácticas y los tiempos de exposición, pregunta si todos los funcionarios que se tienen, son estrictamente de la Caja o participan de otros estudios fuera de la Institución.

El Dr. Julio Calderón responde que al menos hay dos de los Radiólogos que tienen clínicas privadas de Radiología.

Continúa el licenciado Alvarado Rivera y consulta si esos Radiólogos ya se contemplaron, porque entiende que para tener una Clínica de Radiología se tiene que tener un permiso, para poder tener radiación. Le parece que en algún momento tuvieron problemas y le parece extraño que el Ministerio de Salud, le había dado la autorización de mayor tiempo de radiación en la parte privada y a esos Radiólogos les tenía una limitación profunda, lo cual no les permitía tener y ampliar los plazos. Entonces, quiere estar claro con todos esos proyectos y que esos "cables sueltos", estén bien amarrados; porque de repente se tienen los funcionarios que están en el Centro y, además, trabajan en la clínica privada, lo cual limitan la radiación, pero si están irradiando afuera. En ese sentido, le preocupa cómo va a funcionar la clínica, con respecto de las prohibiciones del Ministerio de Salud para con la Caja. El problema será lo privado y verán como lo resuelven, pero al final a la Caja le endosan el compromiso y responsabilidad de cumplir con la norma pero no, necesariamente, para afuera y es la Institución la que padece la limitación del tiempo. En ese sentido, le parece que todos esos programas están muy bien y que dicha que se están abriendo los espacios, pero tienen que estar claros en cuáles son los verdaderos tiempos de utilización y de radiación, en los que se van a poder tener los funcionarios, porque si no al final no se logran concretar las proyecciones. Se imagina que por ahí hay un ingeniero que hizo los flujos de trabajo, para poder alcanzar los objetivos, pero sino se contemplaron esos aspectos, como un factor que incida en el flujo de trabajo, se podría no alcanzar la meta y al final lo que les interesa, es que puedan alcanzar con esa precisión la meta que se están planteando.

La señora Presidenta Ejecutiva aclara que el tema se relaciona con el Centro Nacional de Resonancia Magnética.

Por su parte, el Ing. Mora indica que no tiene radiación.

El Director Fallas Camacho señala que a juicio de los Radiólogos, el tiempo de los estudios de resonancias se podría disminuir a un 50%. Por otra parte, le parece que esos protocolos deberían estar incluidos como la prioridad, en términos de que se reestudien, se repiensen y se busque toda una estrategia para discutirlo posiblemente, con los neurocirujanos o los cirujanos, así como con los neurólogos y los ortopedistas, porque son las especialidades que ocupan el 80% de los estudios. Los demás aspectos son importantes, pero no tiene tanto peso como esos dos estudios, de manera tal, porque a lo mejor les va a variar en gran medida la demanda, entonces, estima que son un elemento que se debería poner un poco delante para, inclusive, tomar decisiones supeditadas a algunos y otros elementos y una vez que el tema esté avanzando y probado, para determinar si funciona, porque hay que hacer una gran labor para convencer.

El Dr. Julio Calderón señala que la Comisión ya está trabajando y avanzando en el tema, sería también que la Gerencia Médica, les ayude con priorizar el asunto de la Dirección de Desarrollo

Organizacional y el otro tema, es que ningún Radiólogo de los que están trabajando en el Centro se puede sustituir.

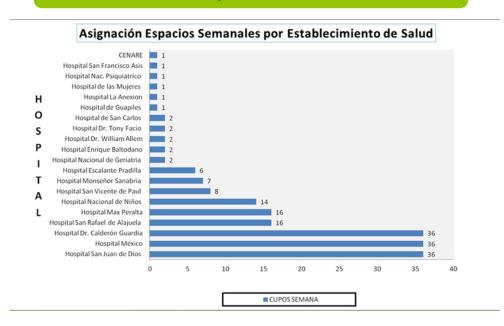
Seguidamente, el doctor Calderón Serrano se refiere a:

a)



b)

Antecedente: Metodología de asignación de cupos para RM

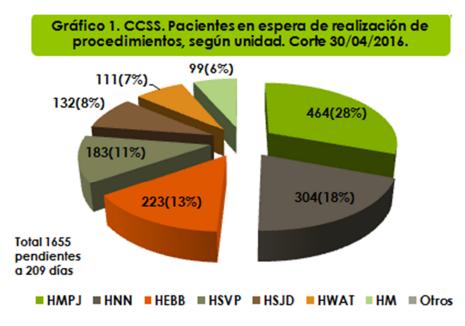


c)

Dos subprocesos RM pendientes de realización RM pendientes de lectura

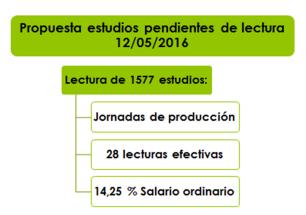
d) Estudios Pendientes de realización Corte a mayo 2016.

e)



Fuente: Listas de espera personalizadas, aportadas por las unidades

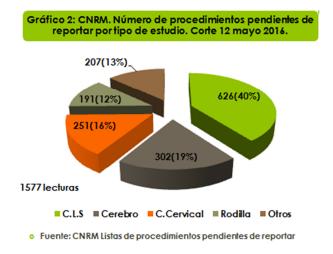
f)



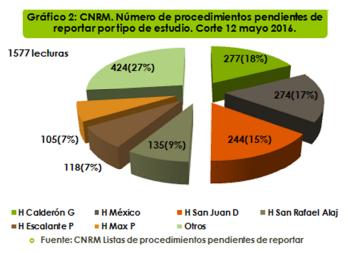
g) Objetivo:

• Cerrar la brecha actual de interpretación de estudios de Resonancia Magnética, realizados a pacientes en listas de espera.

h)

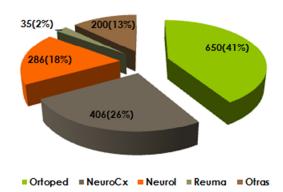


i)



j)

Gráfico 3.CNRM. Número de procedimientos por reportar, según especialidad. Corte 12 mayo 2016.



o Fuente: CNRM Listas de procedimientos pendientes de reportar

k)

Metodología de pago

Número de lecturas de resonancias	Factor de pago por producción
0 - 15 lecturas	0% de pago de producción, se debe ajustar a la modalidad de tiempo extraordinario bajo el estándar de 2,5 lecturas por hora.
16-20 lecturas	10% del salario base.
21 - 25 lecturas	60% del 14.25% del salario ordinario
25 - 27 lecturas	80% del 14.25% del salario ordinario
28 lecturas	100% del 14.25% del salario ordinario
29-38 lecturas	1% adicional del salario base del G2 por lectura

1)

Ejemplo de costo por estudio

Número de lecturas	Costo total	Costo por estudio
15	¢ 73.462,35	¢ 4.897,49
16	¢ 97.310,00	¢ 6.081,88
21	(185.126,34	€8.815,54
25	¢ 246.835,12	(9.873,40
<u>28</u>	@ 308.543,91	@11.019,43
30	¢ 328.005,91	(10.933,53

m)

Evaluación control

Unidad entrega lista contratada Pago contra lectura en lista Corrobora cierre de brecha finalización proyecto

Rendición cuentas resultado

n)

Cronograma



0)

Conclusiones

Es importante el cierre de brecha entre realización y lecturas de RM

Detección temprana y abordaje oportuno de patología progresiva e incapacitante, en población económicamente activa

Alternativa viable, oportuna y eficaz, para eliminar la brecha, por capacidad actual saturada (DICE, Subárea de Análisis y Mejora de Procesos).

Evita postergar citas, cirugías e incapacidades

p)



q) Propuesta de acuerdo:

• Dado la problemática de reportes de RM, aprobar por un período de 6 meses, el proyecto para la interpretación de estudios realizados, para resolver en su totalidad la brecha de estudios pendientes de reportar a la fecha.

r) Propuesta de acuerdo:

- Instruir a la Gerencia Financiera para que realice los trámites correspondientes presupuestarios para brindar contenido económico para llevar a cabo la ejecución del Proyecto.
- Instruir a la Gerencia Médica para que presente ante la Junta Directiva, el respectivo informe sobre los resultados obtenidos, una vez finalizado el período de ejecución del proyecto.

En cuanto a la programación para los estudios del Centro de Resonancia Magnética, el doctor Julio Calderón señala que se conservan algunos espacios de urgencias o emergencias porque, precisamente, se utilizan muchísimo dado los llamados requerimientos de los hospitales, ante situaciones de urgencia. Repite, son muy frecuentes y de echo son diarios y a veces, más bien no alcanza el tiempo y lo que hay que hacer, es saturar el programa de los técnicos, precisamente, porque aparecen las emergencias. El tercer turno se abre como parte de un plan de contingencia y se han presentado tres Quench, el cual es el nombre técnico que tiene la explosión del helio que utiliza el equipo. La primera se dio el 08 de enero del 2013, la segunda el 22 de julio del año 2014 y la tercera el 19 de diciembre del año 2014. Esa situación dejó fuera de funcionamiento el equipo y es variable el tiempo, dependiendo del daño que provoca la explosión, por ejemplo, el caso más importante que se tuvo fue el de diciembre del año 2014, porque sacó de funcionamiento casi por cuatro meses un equipo y estando fuera de garantía, el reclamo se le presentó al proveedor, porque era siempre el resonador que daba esos problemas. Repite, se hizo un reclamo administrativo y a pesar de que no estaba en garantía el equipo, el proveedor se

encargó de hacer la reposición del magneto, porque es el cuerpo y el corazón del equipo y, prácticamente, el proveedor volvió a instalar un equipo nuevo. Presenta un cuadro resumen de la producción del Centro Nacional de Resonancia Magnéticas desde que se inauguró, se han realizado 3.670 estudios, con un solo resonador en el año 2011 y, parcialmente, en el año 2012, todavía se estaba tratando de equilibrar, lo correspondiente a la oferta y la demanda, porque era un equipo nuevo. En el año 2012, a partir del mes de julio, entró en funcionamiento el segundo equipo e ingresó en una situación más cercana de la producción en el año 2013 y en el año 2014, sin embargo, ya en los años 2014 y 2015, se empiezan a tener problemas de los Quench. Para el año 2015, se habían hecho 44.000 resonancias magnéticas, el saldo en el año 2015 es porque empezaron a abrir el tercer turno. Entonces, ese aspecto también genera una mayor producción, a pesar de que se abrían por un defecto en los equipos.

Pregunta el Director Fallas Camacho si los 44.000 estudios fueron diferentes.

Responde el doctor Calderón Serrano que ese aspecto no lo puede asegurar y más bien hace un comentario adicional, porque muchos de los estudios, en el momento en que llegan a la lectura requieren, estudios comparativos y, en ese sentido, le contesta que muchos de los estudios que se han hecho, son de control. En esos términos, están incluidos como estudios y no pacientes; repite, porque muchos son de control, principalmente, el control de pacientes oncológicos y los pacientes que requieren radioterapia, incluso, seriadamente las resonancias magnéticas. Ese aspecto para indicar que para cinco meses de este año, se han hecho 6.077 resonancias al mes de mayo y se empezó a determinar el aprovechamiento del Centro y se determinó que por mes es un 97%, significa que se realizan entre 11.000 y 12.000 estudios. Se dejan de hacer alrededor de 350 o 400 estudios de resonancia magnéticas, dado el ausentismo de los pacientes. También responde porque, generalmente, a que la coordinación con el Hospital no es que se rompe, sino es porque el Hospital no envía al paciente, dado que muchos de esos pacientes son hospitalizados. El Centro Nacional de Resonancia Magnética, atiende tres prioridades: hospitalizado, el paciente con cáncer y el paciente de menor de edad, para el Centro cuando ingresa un paciente de esa naturaleza, se tratan de programar casi en un día y ese aspecto, se coordinó con los hospitales y, también, se asegura de alguna manera que los pacientes que tienen prioridad, si existiera algún atraso, sea la producción del estudio o su lectura, van a tener prioridades siempre, que no se estén quedando pacientes prioritarios. El Centro tiene cinco médicos a medio tiempo y solo uno a tiempo completo. Además, tiene un Médico Jefe que también es Radiólogo y especialista en resonancia por medio tiempo.

Pregunta el Director Devandas Brenes por qué ese Médico Jefe, está contratado por medio tiempo.

El doctor Calderón indica que hasta diciembre del año antepasado, se tenía nombrado un Médico Jefe a tiempo completo, pero se pensionó y cuando se hizo el pedimento de personal, no se logró contactar ningún Radiólogo que quisiera irse a trabajar al Centro. Entonces, ese nombramiento más bien surge con un pedimento previo de una negociación, para que en este caso, el Dr. Faylan Esquivel acepte la Dirección del Centro Nacional de Resonancia Magnética.

Pregunta el doctor Fallas Camacho si el Dr. Esquivel como jefe deja de hacer lectura.

Responde el Dr. Julio Calderón que ese es un tema importante, porque el Dr. Esquivel como Jefe deja de hacer lectura y ese aspecto, también se puede plantear como un problema, de hecho como lo indicó, las plazas están afinadas al Hospital Calderón Guardia, lo que provoca que todo el formalismo de los nombramientos y la gestión en el trámite de recursos humanos, se efectúe en el Hospital Calderón Guardia. Por ejemplo, si se quiere establecer un pedimento de personal para cualquier plaza de esa naturaleza, la tiene que hacer el Hospital Calderón Guardia con la venia, firma y validación del Director de ese Hospital, a pesar de que existe la Dirección de Centros Especializados, desde que se origina el Centro con sus políticas, es el jefe jerárquico. Entonces, ese es un tema importante, porque si se hace una negociación para tiempo completo, ese aspecto implica que el Centro pierde el 30% de la capacidad productiva de lectura. En ese sentido, le hizo un comentario a la Dra. María Eugenia Villalta, en términos de que habría que valorar más bien, si ni siquiera un Médico Radiólogo General sino un médico general capacitado, administrativamente, se puede encargar de la Dirección del Centro, porque es una pérdida neta de la capacidad de lectura y si se nombra un médico a tiempo completo, con esas características v en este caso, es la doctora Mejía, realmente, se pierde el 30% de la capacidad de la producción de reportes.

El doctor Devandas Brenes indica que no se puede nombrar a tiempo completo, porque no hay especialistas.

Anota el Dr. Calderón Serrano que no hay especialistas, por lo menos que quieran ser directores del Centro.

El Director Devandas Brenes le indica a don Julio que indicó, que en ese Centro se tenían nombrados muchos especialistas por medios tiempos.

Responde el Dr. Julio Calderón que sí, hay cinco especialistas nombrados por medio tiempo.

Consulta don Mario Devandas que si se les ofrece el tiempo completo, los especialistas no aceptan.

Responde el Dr. Calderón Serrano que el tema es que tres de ellos tienen otro medio tiempo con la Institución, entonces, por ejemplo, hay tres en esas condiciones, uno está nombrado en el Hospital Calderón Guardia y dos en Hospital México. Entonces, ese aspecto lo que genera es que los Especialistas están ejerciendo su profesión, como ilustración, en el Hospital México están haciendo ultrasonidos y llegan al Centro y hacen la resonancia. En este caso, nunca han estado anuentes a tener un tiempo completo y otros tienen tiempo parcial, porque tienen actividad privada, por lo que no están contratados a tiempo completo, sino que piden permisos sin goce de salario.

La señora Presidente Ejecutiva indica que a los especialistas también les interesa, no perder su práctica en las otras habilidades, por ese aspecto es que mantienen medio tiempo en las otras actividades y medio tiempo en resonancia. Ese es un tema que siempre se presenta como una dificultad, excepto cuando los profesionales son altamente especializados, por ejemplo, los especialistas que hacen solo resonancias magnéticas por la enfermedad de cáncer, pero ese es un asunto de otra naturaleza.

El Dr. Calderón Serrano indica que es muy atinado lo que indica la doctora Sáenz, porque en efecto, en las especialidades la práctica común es muy importante y, por ejemplo, hace un momento que lo indicó doña Rocío Sáenz, en el sentido de que algunos se especializan, la otra realidad detrás del radiólogo, es que se especializan en resonancia magnética, pero no hacen todos los tipos de lecturas en esa materia. Por ejemplo, hacen la lectura de cerebro y columna, otro Radiólogo solo hace lectura de estudios de abdomen y rodilla, entre otros. Otros radiólogos solo hacen lectura de musculo-esquelético, entonces, tampoco hay una posibilidad organizacional de indicar que se tiene una cantidad significativa de procedimientos de cerebro, a modo de ejemplo, que se van a repartir porque, generalmente, no funciona así.

La Directora Soto Hernández le pregunta al Dr. Julio Calderón que sucedió, porque indicó que se pensionó el Radiólogo que estaba antes de este Director, pero cuando se recupera la plaza, el Dr. Esquivel se queda con medio tiempo.

Señala el Dr. Calderón Serrano que el Centro se quedó con un medio tiempo, porque es la forma que el Dr. Esquivel negoció para poder encargarse de la Dirección, no con el tiempo completo. Está en la plaza de tiempo completo, pero solo ocupándola medio tiempo y es un Médico Jefe 4.

La doctora Sáenz Madrigal indica que la alternativa que da el mismo doctor Esquivel, es la posibilidad de que la jefatura sea un médico experto en administración.

Por su parte, el Dr. Gilberth Arias presenta el proyecto en referencia y señala que se plantea, con la necesidad de acabar con la brecha que existe actualmente en ese proceso. Recapitulando, actualmente la metodología que se está empleando es la asignación de cupos semanales, entonces, esos cupos se les asigna a los establecimientos, porque es uno de los aspectos que se ha querido modificar y la cual se está analizando con el doctor Calderón, porque hay hospitales que pueden tener lista de espera más larga que otros. Entonces, lo que se quiere es la centralización de la lista de espera y, pensando, lo que es la parte de que a pesar de que el proceso de resonancia es un solo proceso, se tiene una dirección que es la parte de resonancia magnética y la experiencia de la realización de los procedimientos, porque es la parte técnica que se involucra, así como la parte de la lectura, la cual es la que le corresponde al radiólogo. Esa es la primera breca que se quiere eliminar, porque la otra parte es el proceso técnico, se resuelve con el aumento de turnos y con modalidades de otra naturaleza. En la primera parte, lo que son estudios pendientes de realización, como el doctor Calderón lo indicó para efectos de la UTLE, de momento se tienen 1.654 estudios pendientes y a un plazo de espera de 219 días y lo que se tiene identificado. En la parte a la que hizo referencia del doctor Calderón, en el sentido de que en el Hospital Calderón Guardia, se está levantando una lista y se está coordinando con la UTLE para tener el dato exacto, de cuántas son realmente los estudios de resonancia magnéticas que están pendientes en los hospitales. Los Hospitales que tiene más lista pendiente, son el Max Peralta, el Nacional de Niños y el Enrique Baltodano. La ventaja es que en el Hospital Nacional de Niños, muchos casos son de control, entonces, ya tienen una fecha determinada. En ese sentido, no es necesario que se adelanten. Ese aspecto, en cuanto a los estudios que están pendientes de realizar. Hace hincapié en que el proyecto se va a enfocar a los procedimientos que están pendientes de lectura. Para el 12 de mayo ya el Centro de Resonancia, entregó la lista personalizada de pacientes, el tipo de estudio, entre otros aspectos y ascendía a 1.577 estudios pendientes de lectura y de ahí se genera la propuesta. Se analizaron los pacientes que se tenían, los plazos y una vez conversando con los especialistas, se determinó que lo que más aplicaba en el caso, era con las jornadas de producción. Durante la negociación se determinó que

atendiendo los parámetros de producción y los demás aspectos, se concluyó que se podían realizar 28 lecturas efectivas por cada jornada, al igual que como se trabajó en otros proyectos, por ejemplo, lectura de ultrasonidos. En cuanto al pago, se definió que sería el 14.25% del salario base por esa jornada de 28 lecturas efectivas. Repite, el objetivo del proyecto es cerrar la brecha actual de interpretación de estudios de resonancia magnética, realizados a pacientes en lista de espera. Entonces, si el proyecto se aprueba con esa lista y se logra resolver, ya los estudios, como lo indicó el doctor Fallas, se produce un equilibrio entre lo que es la capacidad de realización y la capacidad de lectura. Mientras se mantenga ese equilibrio se esperaría que no volviera a surgir una brecha de lectura, salvo alguna situación particular que no se logre controlar, como sucedió con la incapacidad por maternidad, a la que el Dr. Calderón hizo De esos 621 estudios, es decir, el 40% corresponde a estudios de columna referencia. lumbosacras, 302 estudios corresponden a un 19% de cerebro y el 16% a columna cervical, rodilla y los demás procedimientos, son otro tipo de estudios. Esas 1.577 lecturas las cuales están pendientes, por Centro se tiene que el mayor número de lecturas corresponde al Hospital Calderón Guardia, dado que son 424, es decir, un 27%, seguido están los hospitales nacionales México y San Juan de Dios, son los Hospitales que tienen mayores estudios pendientes, lo cual está afectando a los médicos especialistas y a pesar de que tienen el estudio realizado y al no tener el reporte de la lectura, se le está atrasando lo correspondiente a la atención del paciente. Por ejemplo, si el usuario tiene que ir a cirugía, si el trabajador tiene que seguir incapacitado y una serie de situaciones que giran alrededor de esos reportes, porque los médicos tratantes no tienen los resultados de sus pacientes. En cuanto a los estudios pendientes de reportar según la especialidad, la gran mayoría son de Ortopedia, con un 41%, se tiene el 24% de Neurocirugía y un 18% de Neurología y, después, se tiene en menor proporción otras especialidades. En relación con la metodología de pago, se indicó que eran 28 lecturas, las cuales se pagarían en 100% del 14.25% del salario ordinario y se aplica una escala en castigo, si no se cumple con la cantidad de lecturas durante esa jornada, es decir, el día que se estableció para el reporte de la jornada, si el médico no llegó a las 28 lecturas, si no que hizo una menor cantidad, hay una escala que disminuye: un 80%, un 60% y el 10%, es decir, al Radiólogo se le dan los 28 estudios y durante la jornada de producción que se le está contratando, entrega los 28 reportes se le paga el 100% del 14.25% del salario ordinario, si en lugar de hacer 28 reportes solo hace 25, entonces, se le pagaría el 80% del 14.25%, dada la escala de castigo que existe, en el caso de que el Radiólogo no cumpla con las 28 lecturas.

Pregunta el Director Devandas Brenes si ese ayer fue un requisito de producción, para que no se pueda optar por una jornada extraordinaria, como ejemplo, si produce en la jornada ordinaria tanto, tiene derecho a hacer la otra.

El Dr. Arias indica que ese fue el tema que presentó el doctor Calderón, esos son los parámetros de optimización, en términos de que mientras se efectúa el proyecto, se estipularon esos parámetros de producción de la jornada ordinaria. Entonces, si durante la jornada ordinaria se cumplen con esos parámetros a los que hizo referencia el Dr. Calderón, entonces se puede optar por el tiempo extraordinario.

El doctor Devandas Brenes señala que ese aspecto debe quedar claro, porque si en la jornada ordinaria no se cumple, no se puede optar por jornada extraordinaria.

Por su parte, señala el Director Fallas que todos los Radiólogos, tienen que cumplir la jornada ordinaria.

El Director Alvarado Rivera pregunta si la decisión de que sean 28 lecturas, es en relación con el parámetro, o es un aspecto de nada más una proyección específica para el programa.

El Dr. Arias responde que es una proyección de un programa, apenas se están contemplando, por ejemplo, estudios de mercado y cómo se realiza el pago.

El licenciado Alvarado Rivera menciona que no está cuestionando el monto, está preguntando el tema de la cantidad de lecturas.

Al respecto, indica el Dr. Gilberth Arias que para la Institución, es un buen parámetro de cantidad de lecturas de estudios, si lo comparan, por ejemplo, en jornadas de ultrasonido que han sido 32 lecturas y 36. Un ultrasonido es un procedimiento que hace el Radiólogo general, sin embargo, el procedimiento de la resonancia magnética, lo realiza un especialistas en la materia y es un estudio mucho más complejo, el cual lleva más tiempo lo correspondiente a la interpretación. Si se analiza desde ese punto de vista, también es un buen parámetro a nivel institucional y el ejemplo está en el informe, en términos de cuánto saldría el estudio para una antigüedad de 12 años de las veintiocho lecturas, sería el 14.25% del salario ordinario y lo que se estaría pagando son once mil diecinueve colones por lectura, dada la complejidad de la lectura desde el punto de vista que se ha tenido como experiencia en otros proyectos, en esos términos, es un precio bastante razonable.

El Dr. Calderón indica que no se puede referir a la metodología, porque es un tema que no maneja pero, por ejemplo, es importante aportar porque hace un momento del Dr. Arias mencionó que había una diferencia significativa, entre la lectura del estudio con el ultrasonido, dado que hay que tomar en cuenta que en un estudio de resonancia magnética, se pueden estar leyendo alrededor de 1.200 imágenes. En ese sentido, es que los especialistas en radiología y en resonancia magnética, han sido celosos dada la diferencia por la complejidad del procedimiento que se resuelve. El otro tema, es que a 28 estudios por jornada, en realidad se está muy cerca de los nuevos parámetros, alejándose del viejo que era menos productivo. Entonces, en ese aspecto le parece que hay una ganancia. Si se tiene que evaluar hoy ese rendimiento que se mencionaba, básicamente se tiene que indicar que con el parámetro aceptado de 2.5 estudios, las Radiólogos están cumpliendo adecuadamente su jornada, porque lo que se hace por la jornada de trabajo que se tiene, es muy sencillo se le multiplica por 2.5 estudios, entonces, no se produce pérdida de tiempo, lo que se viene a revisar justamente y que da un cambio a este modelo y a ese rendimiento es, precisamente, establecer otros estándares pero en el estándar actual, los Radiólogos ellos están trabajando al 100% de lo que el indicador les está generando.

Agrega la señora Presidenta Ejecutiva que lo que presentó el doctor Calderón fue la primera parte de optimización del tiempo, porque el tema es que si bien es cierto, en este momento se está cumpliendo con ese 2.5 el estudio, lo que se está planteando es que hay oportunidades de mejora para optimizar.

El doctor Devandas Brenes indica que, actualmente, se hacen 2.5 estudios por hora, es decir, que en ocho horas de trabajo suponiendo que fuera la jornada completa se logran realizar 21

estudios. Entonces, 28 estudios se harían en un día, o sea, se va a trabajar más horas, serían doce horas extras. Reitera, porque el Radiólogo va a trabajar ocho horas ordinarias.

Sobre el particular, indica la doctora Rocío Sáenz que son cuatro ordinarias, porque la mayoría de los Radiólogos trabajan cuatro horas.

Señora el Dr. Devandas Brenes que el Radiólogo trabaja cuatro horas en el Centro Nacional de Resonancias Magnéticas, pero también trabaja cuatro horas en un hospital o en la consulta privada, es decir, trabaja ocho horas al día. Significa que el Radióloga para realizar los 28 estudios a 2.5, tendría que invertir once horas, no se logra observar de dónde le va a alcanzar el tiempo.

El Dr. Arias aclara que no significa que esas 28 lecturas el Radiólogos las tenga que hacer el mismo día, por ejemplo, podría ser que hoy lunes se le entregan, para que se devuelva el reporte con la lectura de estudios, en tres, cuatro o cinco días, entonces, se le paga la jornada.

El Director Devandas Brenes indica que ese aspecto es el que falta en ese detalle.

Pregunta el Director Alvarado Rivera si de 28 estudios a 30 estudios, el pago es un porcentaje mayor.

El Dr. Arias indica que si el Radiólogos en lugar de leer 28 estudios, hizo 30 lecturas, por cada lectura de una resonancia, se le pagaría el 1% del salario base; por lo que si en lugar de leer 28 resonancias, quiso leer 30 ó 32, el pago le resulta más bajo a la Institución.

Pregunta el licenciado Alvarado Rivera si lo que se está indicando es que el Radiólogo, realice solo 28 lecturas, porque si hace 30 lecturas, gana un monto menor por la lectura, entonces, a la Institución le resulta el costo más bajo.

La doctora Sáenz indica que baja el costo, pero si el Radiólogo hace cuatro lecturas, son cuarenta mil colones.

Indica el licenciado Alvarado Rivera que sobre la base de 28 lecturas, el Radiólogo se gana los once mil colones y ahí, lo que debería estar expresado es el diferencial entre los once mil colones y el 1% más, porque este es el modelo y la lógica del filósofo y no del matemático, debería tener un 1% más, para que sea un incentivo. Por cuanto de lo contrario lo que se está haciendo, es que por cuatro más se le disminuya el costo que se le va a pagar por cada lectura hecha. Entonces, para que se vayan a molestar en hacer 30 lecturas, si al final le va a pagar la lectura solo a diez mil novecientos colones y si hace 28 lecturas, se le va a pagar once mil cuatrocientos colones.

Añade el Director Devandas Brenes que, además, como es por diez entonces no continúa con la lectura y sigue al día siguiente.

La doctora Sáenz indica que para evitar complicaciones, se dejen planteadas las 28 lecturas.

Al Dr. Devandas Brenes le parece se debería establecer un incentivo para que el Radiólogo haga más lecturas, para que se vaya aumentando el pago, repite, ese aspecto los va a incentivar.

Interviene el doctor Navarro Correa y señala que se tiene un tope establecido y no se puede pagar más que una guardia médica, así siempre se ha establecido el tope de la jornada de producción. Entonces, incentivar conduce a que se produzca más, pero no tanto que afecte la calidad; en ese sentido, para que produzcan más, se les tienen que asignar estudios menos complejos.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, aunque entiende los esfuerzos que sobre el tema se han estado haciendo y justiciarlo, parcialmente. Reitera su preocupación, por el tema de fondo de todas esas modalidades de pagos. Las campañas de producción son un paliativo a un problema de fondo, ya que tiene muchos años de estar en esta Junta Directiva y se han presentado muchas campañas y no, necesariamente, la Gerencia actual. Entonces, se convierte en un gasto significativo para la Institución, cuyo efecto en algunos casos, no es lo que se desearía y se vuelve una fórmula de solución y cuando indica solución es "perversa" desde su punto de vista. Entonces, se pagan adicionales por el trabajo que, normalmente, se debería de hacer, porque se ha observado en muchos casos que la producción, "mágicamente" se eleva cuando se les está pagando una suma adicional, porque se ha observado cómo se eleva de cuatro a ocho y el estándar internacional eran nueve. En algún caso se podrían estar equivocando los números pero, particularmente, ha desarrollado una cierta aversión a esas jornadas. En ese sentido, le gustaría que los equipos swat que ha venido promoviendo y, desafortunadamente, no ha tenido eco, porque lo que considera es que esos equipos deberían de sacar y, habla, en general porque no se está refiriendo a este caso particular, esos equipos de ir y sacar filas, lograr que los usuarios tengan una respuesta más adecuada, e ir avanzando. Repite, pero las experiencias que, particularmente, ha tenido en relación con esos programas no, necesariamente, en todos los casos, aunque en este caso se puede entender que haya una justificación diferente a otras disciplinas, dado que es lo que cree que se está planteando pero no, necesariamente, es una fórmula que le produce satisfacción. Lo dice más por la experiencia en su vida que porque esté en contra por definición y en algún momento, ha votado las jornadas de producción a favor, precisamente, porque alguna acción hay que hacer. Se tiene una realidad y se tiene que producir impacto en las listas y en esas producciones. Reitera, el problema de fondo le sigue preocupando y quiere subrayarlo como un aspecto que está seguro, no es solo su preocupación sino de esta Junta Directiva, pero no podría dejar de indicarlo porque, incluso, hay personas que en este momento, están presentando el proyecto como el Dr. Navarro, que en algún momento ha presentado otros programas y ya han pasado muchos años y no se tienen las soluciones para los temas.

Recuerda la señora Presidenta Ejecutiva que el tema que se está presentando es de resonancia magnética y las disponibilidades de recursos humanos que se tienen, tampoco son en plétora para indicarlo de alguna forma y los expositores lo plantearon muy claramente, porque hay una capacidad que se tiene como Institución limitada. Además, las condiciones de incapacidad sobre todo por maternidad, hizo que se acumularan esos estudios de resonancia magnética.

El Dr. Calderón Serrano está de acuerdo con la doctora Sáenz, pero el proyecto si perfila una situación importante y quiere tratar de dejarlo más claro. En este momento, los recursos propios que se tienen en resonancia magnética y como un cambio en los indicadores, si fuera aceptado el proyecto, es decir, sino crea ni confusión, ni reacción, se podrían estar resolviendo esas listas de espera, pero les lleva seis o siete meses, ese plazo se calculó con los ingenieros industriales. En la escala de las ayudas diagnósticas, la resonancia magnética está en la cúpula, entonces, el

clínico y el administrador de medicamentos y de situaciones de producción, lo que está esperando son las resonancias magnéticas, para que se le dé una solución al problema de salud de los pacientes, o se programe al paciente para una cirugía de inmediato, o se le dé el tratamiento para el cáncer, o la consulta del neurocirujano que no le puede dar continuidad a un caso y así podría ser en otras especialidades que requieren de la ayuda diagnóstica. Lo que sucede, es que en este caso, se lleva una programación en la cual ingresa, normalmente, la solicitud y no se ha observado excepciones, la solicitud de resonancia magnética se le está resolviendo en la semana siguiente y en la semana que sigue, se le está dando el reporte, ordinariamente. Entonces, se está resolviendo la necesidad del demandante de una forma muy oportuna, pero por la calidad de la situación clínica que, generalmente, está en relación con este tipo de estudios. No obstante, se está presentando esa situación, básicamente, porque se les fue de las manos una situación ponderable, pero nunca se han presentado a exponer que la lista de espera se tenía y que se tenía que resolver de otra manera, o que resuelto el asunto se vaya a seguir generando una situación de esta naturaleza. De hecho en la atención al Plan de Optimización, lo que pretende o se quiere es que se resuelva la lista de espera y quede en cero.

El doctor Fallas Camacho insiste en los protocolos, porque con el mensaje que se envía cada vez que se aprueban salarios y pagos adicionales, ese aspecto aumenta la demanda. Les guste o no, en el fondo se está autorizando un aumento en la demanda.

El licenciado Gutiérrez Jiménez comenta que en resonancia magnética, debe decir que en el Hospital Calderón Guardia, porque conoce son bastante eficientes, al contrario de otros servicios y de otras disciplinas. También es cierto que en el momento que hubo resonancia magnética, en lo privado el costo era de alrededor de quinientos mil colones o seiscientos mil colones, en este momento desconoce dónde se realizan en lo privado, ni el costo. Lo anterior, por lo que muchas personas al no haber resonancia magnética en la Institución, resolvían en el sector privado. A partir del momento en que se incorpora ese servicio en la Caja, muchas de esas personas dejan de asistir a las clínicas privadas e ingresan al sistema para ser atendidas y está bien, porque tienen una oferta y, evidentemente, la demanda se elevó y ese aspecto era esperable. Repite, el problema es que si se están dando cuenta de esas situaciones, lo que se esperaría es que se proyectaran hacia futuro, ya no que haya una resonancia magnética, sino que se visualizara el tema a futuro, determinando cuáles son las necesidades proyectadas, para que no les suceda como en algunas otras situaciones, por ejemplo, el TAC que la demanda sobrepasa la oferta.

En cuanto al tema del TAC, la Dra. Sáenz Madrigal adiciona que la Caja había hecho un proceso de sustitución de TACs, pero la licitación fue apelada y el proceso de contratación se atrasó ocho meses.

Señala don Adolfo que ese aspecto lo ha indicado varias veces, también, es inaceptable que se tardaran nueve años para tener cuatro TACs y lo indica, porque él lo solicitó en la segunda administración, cuando fue nombrado Director y nueve años después, se logró la compra. Reitera, esos procesos tan dilatados son inaceptables y no es culpa de la doctora Sáenz.

Agrega la doctora Sáenz Madrigal que ella tuvo el placer de inaugurarlos.

Menciona el doctor Calderón que, precisamente, derivado del Plan de Optimización, lo que da es la oportunidad de seguir satisfaciendo la demanda de la que existe ahora y, también, como una propuesta del Centro Nacional de Resonancia Magnética, es la posibilidad de tener un resonador móvil. Lo anterior, porque se resolvería la mayoría de los casos que se atienden en la Institución, de manera que se pueda tener en forma itinerante y organizada, dependiendo del Centro Nacional de Resonancias Magnéticas y resolviendo in situ y ganando costos sociales, que ninguna persona los está visualizando y poder mover recursos para atender situaciones de esa naturaleza.

El Director Gutiérrez Jiménez concuerda con lo comentado por el Dr. Calderón.

Con respecto de una pregunta del licenciado Gutiérrez Jiménez, señala el Ing. Mora que con respecto de la pregunta que hace don Adolfo, se tiene un proyecto donde la parte más importante es el seguimiento sobre esos indicadores que se están proponiendo. Entonces, se está proponiendo hacer una evaluación y revisar el tema de demanda y de oferta, así como la aplicabilidad de algunos indicadores, precisamente, para anticipar con proyecciones, porque la demanda podría llegar a sobrepasar.

El Director Gutiérrez Jiménez le indica al Ing. Allan Mora que se le sobrepasó, porque iba a proponer que en el acuerdo, aparte de los acuerdos que se están planteando, tiene que haber un control, una evaluación y una proyección de hacia dónde se dirige, para lograr que "la carreta no pase delante de los bueyes".

El Dr. Arias continúa y señala que en cuanto al mecanismo de control, la lista ya entregada, la idea es que las solicitudes que vayan ingresando al Centro sean resueltas. Esa lista de espera con esa brecha que fue la que quedó pendiente de resolver, son las lecturas de las resonancias que se va a sacar, mediante el pago bajo la modalidad propuesta. Una vez que se logren sacar esas listas de lectura, se evalúa el resultado, en el programa se tardaría cuatro meses. Es importante mencionar que se cerraría la brecha que existe, entre lo que es la aplicación y lectura para empatar esas dos partes. Además, de la detección temprana y el abordaje oportuno de la patología progresiva e incapacitante, en la población económicamente activa (PEA), porque es lo que se busca, muchas son personas con edad económicamente activas que se requiere definir su tratamiento. Es una alternativa viable, oportuna y eficaz para eliminar esa brecha y evitar, postergas las citas, cirugías e incapacidades que conllevan a esos resultados, son aspectos que deben ser reconsiderados. Básicamente, el costo de los estudios sería de diecinueve millones seiscientos veinticinco mil quinientos noventa y seis colones con 28/100, sin incluir las cargas sociales y una vez incluidas las cargas sociales, el monto es de veintiocho millones novecientos cuarenta y siete mil setecientos cincuenta y cuatro colones con 51/100. Comenta que la propuesta de acuerdo va dirigida a lo que es aprobar la totalidad de la brecha.

El Director Devandas Brenes indica que el doctor Calderón hizo una serie de observaciones sobre la estructura del Centro y las plazas, pero al final el acuerdo se limitó a probar la jornada.

Sobre el particular la doctora Sáenz indica que la doctora Villalta va a explicar por qué.

La doctora Villalta Bonilla señala que es porque todos los procesos están encaminados. La Dirección de Desarrollo Organizacional, ya tiene la propuesta para definir la estructura

organizativa del Centro y se conoce que son tres plazas. Para la propuesta de creación de plazas ya están los estudios hechos y se tienen que presentar a consideración de la Junta Directiva para su aprobación.

La doctora Rocío Sáenz indica que ya había un acuerdo para asignarle la Unidad Programática a ese Centro, pero para llegar a la toma de decisiones, hay que hacer todos esos estudios.

El doctor Calderón señala que ya se presentó el proyecto para las estaciones de trabajo, así como la definición de requerimientos técnicos.

El doctor Devandas Brenes señala que está determinando un problema gerencial, el aspecto de que las listas de espera las maneje la Gerencia Médica, pregunta si se requiere enviar ciertos lineamientos hacia los hospitales.

La doctora María Eugenia Villalta indica que se pueden incluir, lo que sucede es que este estudio lo presentaron la semana pasada. A partir de ahí es la optimización del Centro Nacional de Resonancia Magnética, porque ya se venía trabajando, la parte del lineamiento de que se lleve la lista de espera centralizada.

El Director Devandas Brenes le indica a la doctora Villalta que esa gestión la hace la Gerencia Médica, si esa optimización fuera aceptada o no creara roce, entonces, se quedó pensando, aceptada por quien y roce con quien.

Sobre el particular, indica el doctor Julio Calderón que es un asunto de escuela, por ejemplo, se puede generar como una instrucción y el tema va perfilado, porque ya abordaron a los especialistas. No obstante, considera muy, particularmente, que el cambio propuesto es bastante profundo para los especialistas. Los médicos son bastante reactivos cuando se aprueban asuntos de esta naturaleza. Se refiere a que se espera que una vez distribuidos los cambios, no generen ningún conflicto, pero se podría dar perfectamente.

El Dr. Devandas Brenes le indica al Dr. Calderón que esa aseveración, le complica la vida porque está dispuesto a votar el incremento en el pago, siempre que se cumpla lo otro, porque es lo que se ha hecho por los otros hospitales, pero si se indica que se compromete ahora el incremento de pago, se está hablando hipotéticamente, porque se está indicando que los especialistas se pueden enfadar y no aceptan la propuesta.

El doctor Calderón indica que lo importante de rescatar, es que los médicos fueron capaces de analizar el estudio técnico y reconocieron que estaba muy bien hecho.

El doctor Devandas le pregunta al doctor Calderón si estaría en contra, de que los Radiólogos dijeran al acuerdo que se aprueba sobre este tema, condicionado a que se aumenten los parámetros.

La doctora Sáenz Madrigal manifiesta que no le satisface que se indique condicionado, sino una vez demostrada la optimización se aprueba el siguiente.

Indica don Mario que cuando se demuestre la optimización está de acuerdo.

El doctor Calderón indica que el plan se estaría implementado como en máximo dos semanas.

El Director Alvarado Rivera acota que le gustaría observar el corto plazo, para valorar cómo se está comportando en tres meses, sabe que las valoraciones muy cortas son complejas, pero como se está iniciando para valorarlo en tres meses y se lograría determinar cómo funciona y, después, se les puede dar un plazo mayor de valoración para darle el seguimiento correspondiente.

La señora Presidenta Ejecutiva pregunta si se presenta un informe a tres meses. No, necesariamente, se tiene que presentar a consideración de la Junta Directiva, pero si un informe escrito, para que el Órgano Colegiado lo revise y dependiendo del resultado, se programan para que sea presentado.

Pregunta don Mario qué cómo queda redactado el acuerdo.

La doctora Sáenz Madrigal señala que una evaluación a tres meses.

El Director Devandas Brenes indica que también el acuerdo general, en la otra parte.

La doctora Rocío Sáenz indica que una vez lograda la optimización se aprueba. Le pregunta a la doctora Villalta qué cuánto tiempo es.

La doctora Villalta Bonilla indica que cuatro meses.

Indica el licenciado Alvarado Rivera que es para alivianar la lista de espera.

La doctora Sáenz indica que es para la lectura de los estudios, pero la optimización del plan entrará en vigencia en 15 días.

Por lo tanto, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-14339-2016 del 27 de junio del año en curso que firma la señora Gerente Médico y, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

"RESUMEN EJECUTIVO

La Gerencia Médica en atención de sus responsabilidades sobre la prestación de servicios de salud a la población y en aras de garantizar la atención oportuna, presenta el Proyecto denominado "Proyecto de resolución de brecha de estudios pendientes de reportar de resonancia magnética".

ACCIONES

1. Proyecto denominado "Proyecto de resolución de brecha de estudios pendientes de reportar de resonancia magnética", el cual se adjunta, que tiene como alcance tener al día el reporte de estudios de resonancias magnéticas realizados por el Centro Nacional de Resonancia Magnética, donde las unidades que están a la espera de recibir el reporte cuenten con el mismo, a efectos de definir la situación médica de los asegurados.

2. Optimización del Servicios de Resonancia Magnética a través de la validación del parámetro de tiempo de lectura de estudios de resonancia magnética realizado por los Radiólogos del SNRM.

RECOMENDACIÓN

Una vez realizada la presentación del Proyecto denominado "Proyecto de resolución de brecha de estudios pendientes de reportar de resonancia magnética" y considerando la necesidad de garantizar la atención oportuna de los usuarios, se propone el presente proyecto tendiente al fortalecimiento de la oportunidad en la interpretación de estudios de resonancia magnética, realizados a pacientes en listas de espera",

hecha la presentación del "Proyecto de resolución de brecha de estudios pendientes de reportar de resonancia magnética", y con el fin de continuar brindando, de manera oportuna, la atención a la población que así lo requiera, mediante el fortalecimiento de la oportunidad en la interpretación de estudios de resonancia magnética realizados a pacientes en listas de espera y, según lo recomendado por la Gerencia Médica mediante oficio número GM-SJD-14339-2016, de fecha 27 de junio del año 2016, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA**:

- 1) Aprobar el Proyecto denominado "Proyecto de resolución de brecha de estudios pendientes de reportar de resonancia magnética", por un período de cuatro meses.
 - Lo anterior, en el entendido de que, una vez lograda la optimización del parámetro del tiempo de lectura de estudios de resonancia magnética, se aplicará el pago por la realización y reporte de lecturas efectivas, según se establece en el citado Proyecto.
- 2) Instruir a la Gerencia Financiera para que realice los trámites presupuestarios correspondientes, para brindar el contenido económico, que permita ejecutar la propuesta aquí aprobada.
- 3) Instruir a la Gerencia Médica para que en un plazo de cuatro meses remita un informe escrito de avance sobre la evaluación del proyecto aquí aprobado.

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

Se retiran del salón de sesiones, los doctores Calderón Serrano, Navarro Correa, Cortés Ángel, Arias Núñez, y los ingenieros Badilla Murillo y Mora Vargas.

Ingresan al salón de sesiones la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, arquitecta Gabriela Murillo Jenkins; los doctores Jorge Fonseca Renauld, Director de la Dirección de Red de Servicios de Salud; Rainer Chaves Solano, Director de la Dirección Regional de Servicios de Salud de la Región Pacífico Central; Randall Álvarez Juárez, Director, y licenciado Alexis Vargas Matamoros, Administrador del Hospital Monseñor Sanabria; la arquitecta Gabriela Echavarría Chacón y el ingeniero Ávila Jiménez, funcionarios de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías; los licenciados Albán de la O Espinoza, Jefe de Soporte Estratégico de la

Dirección de Proyección de Servicios de Salud, y Víctor Milla Laínez, funcionario de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

ARTICULO 22º

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-14270-2016, del 27 de junio del año 2016, firmado por la Gerente Médico, por medio del que se presenta el Alcance del Proyecto de construcción nueva infraestructura del Hospital Monseñor Sanabria.

La presentación se desarrolla con base en las siguientes láminas:

Licenciado de la O Espinoza:

- 1) PROYECTO NUEVO HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA DE PUNTARENAS Junio 2016
- 2) Estudio de oferta y demanda

3)

PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA



4)

CRITERIOS REQUERIDOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN



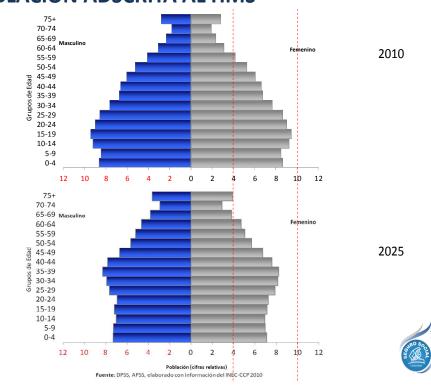
PROYECCIÓN POBLACIÓN 2015-2030

Grupos de Atención	2015	2020	2025	2030	Porcentaje
Hombres	142 205	150 218	157 213	162 991	51,48
Mujeres	133 730	141 377	148 061	153 633	48,52
Pediátrico	58 279	58 786	57 733	55 468	17,52
No pediátrico	217 656	232 809	247 541	261 156	82,48
Adultos mayores	19 553	24 939	31 997	39 890	12,60
Ginecológico	101 075	108 717	115 871	122 421	79,68
Obstétrico	64 822	67 159	68 157	67 749	44,10
Neonatal	4 671	4 536	4 328	4 160	1,31
Total	275 935	291 595	305 274	316 624	100,00



6)

POBLACIÓN ADSCRITA AL HMS



ÁREA DE ATRACCIÓN SEGÚN ÁREA DE SALUD



8)

DEMANDA

Análisis de la Demanda

- Aspectos Geo-políticos de la población.
- Características de la población adscrita al HMS
- Indicadores sociodemográficos
- Morbilidad (x causas)
- Mortalidad (general, materna, infantil, adultos mayores y causas, sobre mortalidad).
- Indicadores socioeconómicos (IDS, IDH)



PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA

La población adscrita al Hospital Monseñor Sanabria, presentó un comportamiento similar al **observado a nivel nacional** en cuanto a las principales causas de consulta en el primer nivel de atención. En los **grupos de niños y adolescentes, predominan** las infecciones de vías respiratorias (IVRS), la faringoamigdalitis aguda (FAA), otitis y control de crecimiento y desarrollo, mientras que en los **grupos de adultos y adultos mayores**, sobresalen las enfermedades crónicas, como: la Hipertensión Arterial esencial, Diabetes Mellitus, dislipidemia y las enfermedades osteomusculares.

Niño (a)	Adolescente	Mujer	Adulto	Adulto Mayor	
IVRS	IVRS	HTA	HTA	HTA	
FAA	Cefalea	Obesidad	Dislipidemia	DM	
Crecimiento y desarrollo	FAA	Dislipidemia	Obesidad	Dislipidemia	
Otitis	ITU	DM	DM	Obesidad	
Eutrofia	Tamizaje Adolescente	ITU	Lumbalgias	Artralgias	

10)

OFERTA

Análisis de la Oferta

- Ubicación del HMS: Red de servicios
- Descripción de los establecimientos adscritos al HMS (según niveles de atención)
- Análisis de las Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud
- Estructura Organizativa del Hospital Monseñor Sanabria
- Oferta actual de servicios HMS (recurso humano, equipamiento, complejidad, infraestructura)



11) Propuesta oferta de servicios

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Servicios Clínicos						
Med	icina					
 Medicina Interna Medicina Familiar Medicina Paliativa Cardiología Intervencionista Endocrinología Gastroenterología Geriatría 	 Dermatología Psiquiatría Neurología Infectología Fisiatría Oncología Médica Reumatología 					
Pedi	atría					
PediatríaCirugía Infantil	Neonatología					
Circ	ıgía					
 Cirugía General Cirugía Oncológica Vascular Periférico Ortopedia 	OftalmologíaOtorrinolaringologíaUrologíaNeurocirugía					
Gineco-O	bstetricia					
 Ginecología Obstetricia	PerinatologíaGineco-oncología					
Odont	ología					
 Odontología especializada 	Odontología general					



13)

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Servicios de Apoyo Clínico

- Emergencias
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Quimioterapia
- Salas Quirúrgicas
- Anestesia y recuperación
- Sala de Partos
- Enfermería
- Farmacia
- Laboratorio clínico y Banco de Sangre
- Diagnóstico por imágenes
- Radiología intervencionista y hemodinamia
- Registros y Estadísticas de Salud
- Nutrición
- Banco de Leche Humana
- Trabajo Social
- Psicología
- Optometría
- Terapia Respiratoria
- Terapia Física
- Terapia del Lenguaje

- Audiología y audiometría
- Electrocardiografía
- Electroencefalografía
- Clínica del Dolor (Modalidad Hospital de Día)
- Clínica del SIDA (Modalidad Hospital de Día)
- Clínica de Úlceras, Pie Diabético y Ostomizados (Modalidad Hospital de Día)
- Diálisis peritoneal (Modalidad Hospital de Día)
- Clínica de Lactancia Materna
- Clínica de Espina Bífida
- Clínica Anti-coagulados
- Clínica de Mama
- Central de Esterilización
- Anatomía Patológica
- · Vigilancia Epidemiológica
- Unidad de Dengue



OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Servicios de Apoyo Administrativo Dirección General Validación de Derechos Dirección Administrativa Asesoría Legal Financiera Comunicación y Relaciones o Financiero Contable Públicas o Gestión de Bienes y Biblioteca Servicios · Capellanía Telemedicina o Recursos Humanos o Ingeniería y Mantenimiento Salud Ocupacional Lavandería y Ropería Contraloría de Servicios · Junta de Salud Servicios Generales Limpieza y Vigilancia Transportes Comunicaciones o Centro de Gestión Informática



- 15) Perfil Requerimientos Infraestructura.
- 16)

DATOS BÁSICOS

Aspectos técnicos de la obra	Proyecto Nuevo Hospital de Puntarenas
Terreno	150.000 m²
Recursos Disponibles	120 millones de dólares
Tipo de proyecto	Llave en mano (diseño + const + equip + mant)
Categoría	Hospital Regional
Población Beneficiada	2015 275 935 hab 2030 316 624 hab



La señora Presidenta Ejecutiva señala que la Gerencia Médica presentará un informe sobre el Alcance del Proyecto de Construcción de la misma infraestructura del Hospital Monseñor Sanabria. El cual se presenta dado el interés que ha manifestado esta Junta Directiva, en darle seguimiento a los avances en los hospitales que están en proceso de construcción y, también, porque ha habido un interés de los Miembros del Órgano Colegiado de estar muy de cerca, para su conocimiento y sobre todo en la definición de los alcances de esos hospitales, porque no es una construcción excepcional para Puntarenas, sino es una preocupación de la Junta Directiva,

N° 8852

en términos de estar con la información a mano de cómo se está avanzando en esos temas. Les solicita a las Gerentes Médico y de Infraestructura que presenten a las personas que las acompañan.

La doctora Villalta Bonilla indica que la acompaña el Lic. Albán de la O, el Dr. Jorge Fonseca Renauld, el Dr. Rainier Chaves y el Dr. Randall Álvarez, quien es el Director del Hospital de Puntarenas.

La Arquitecta Murillo Jenkins presenta a la Arquitecta Gabriela Chavarría, está sustituyendo al Ing. Jorge Granados, porque está fuera del país, el Ing. Víctor Milla del Área de Planificación e Infraestructura y el Ing. Ronald Ávila de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI).

El Lic. Albán de la O señala que presentará el Estudio de Oferta y Demanda, en relación con la construcción del Hospital Monseñor Sanabria. Indica que es importante definir algunos pasos que se desarrollaron en el trabajo. Primero, se definió cuál es el problema, se hizo una recopilación de la información, a partir de todas las fuentes disponibles locales o institucionales. Además, se visitó el campo, se hicieron reuniones de trabajo con las diferentes jefaturas y equipos locales y la jefatura de los servicios. Se planteó el criterio técnico a las instancias competentes de la Institución y en este caso, se requirió información técnica de laboratorio, por lo que se recopiló la información en el lugar. También se analizó la información correspondiente a la demanda y oferta y se elaboró la propuesta, es decir, esos son los diferentes pasos que se desarrollaron y algunos criterios que se utilizaron para el análisis de la información. Por otra parte, es importante tener clara la sostenibilidad financiera del proyecto, es decir, hay que determinar si el proyecto es sostenible en el tiempo y cuánto va a continuar y otro aspecto, es determinar cuál es el impacto que va a producir en el caso de la Red de Servicios de Salud. A veces, en el caso de los hospitales, se requiere analizar sus áreas adscritas en las que se producirá impacto significativo. Otro aspecto, es definir cuál es la demanda real de los servicios, por parte de la población y cuál es el fortalecimiento de los niveles regionales. También analizar la complejidad de los servicios, por lo que hay que definir la capacidad resolutiva y su complejidad y cuál es el comportamiento de los principales indicadores nacionales, en este caso de morbilidad y mortalidad, para empezar a determinar cuál es la posible oferta de servicios, que debe tener cualquiera de los diferentes planteamientos, en este caso, específicamente, el Hospital Monseñor Sanabria. En la información que se está presentando, se tiene lo correspondiente a la proyección de la población del año 2015 al año 2030, se puede observar en el detalle la cantidad de hombres y mujeres, en el caso de pediátricos, no pediátricos, adultos mayores y los componentes ginecológicos, obstétricos y neonatales. En ese sentido, para el final del año 2030. Para el año 2015 se tiene una población de 275.935 personas y se cerraría en el año 2030, con 316.624 personas. Con esa información, en el caso de las guiadas poblacionales, es que se empieza a proyectar cuál es la oferta y se empieza a proyectar la población para de los años 2018 al 2030.

Pregunta el Director Fallas Camacho si esa población es la total.

Responde el Lic. de la O que esa es el área de atracción directa e indirecta que tiene el Hospital Monseñor Sanabria. Se refiere a la filmina y explica que esa es el área de atracción del Hospital, hay un área que es directa y otra que es indirecta: Barranca, Chacarita, Chomes-Monteverde, Esparza, Garabito, Orotina, Montes de Oro, San Mateo, Parrita, Peninsular Quepos y San Rafael

de Puntarenas, en el caso de Quepos y Parrita, esa población es directa al Hospital de Quepos, pero es indirecta al Hospital Monseñor Sanabria.

Anota el Dr. Fallas Camacho que ya se hizo la diferenciación de servicios que se le va a dar un progresivo indirecto.

El Lic. Albán de la O indica que en este caso como se están fortaleciendo algunos de los establecimientos en la Red, ese aspecto permitirá evitar que los pacientes vayan mucho al Servicio de Emergencias del Hospital Monseñor Sanabria.

Respecto de una inquietud, el doctor Rainier Chaves indica que se tiene que reforzar el Hospital de Quepos, porque atiende 55.000 personas. El Hospital cuenta con dos Médicos Internistas, dos Ginecólogos, dos Pediatras y un Ortopedistas. Esa población indirecta va a recibir esa atención al Hospital Monseñor Sanabria, es decir, para que los pacientes reciban la atención médica de las especialidades que no tiene el Hospital de Quepos.

Continúa el Lic. Albán de la O con la presentación y menciona que retomando lo correspondiente a las pirámides poblaciones del año 2010, se observa que tienen un comportamiento similar al del nivel nacional, pero en el año 2025, evidentemente, se observa la parte del adulto mayor y disminuye notablemente lo que es la parte de los pediátricos; entonces, se mantiene la parte del adulto corriente y es donde hay que determinar cuáles son las ofertas que va a tener el servicio. En el análisis de la demanda hay que revisar algunos aspectos de orden geopolítico de la población, es decir, cuántas personas habitan por vivienda, si tienen televisión o no, si tienen celulares o no, cuáles son las cuestiones de accesibilidad que corresponden a viviendas y pobladores. Otro aspecto es cuáles son las características de la población adscrita, si son menores, adultos mayores. Por otra parte, cuál es el tipo de patología que se presenta, como ilustración, aspectos de la morbilidad y por causas, se analiza lo que es la mortalidad en general, materna, infantil, adultos mayores y causas sobre la mortalidad y algunos indicadores socioeconómicos, índices en desarrollo e índice en el desarrollo humano. En el análisis de esos aspectos se determina que las principales causas del Hospital Monseñor Sanabria que presentó un comportamiento muy similar a nivel nacional, en cuanto a las principales causas, se observa que son un grupo de niños adolescentes que predominan las infecciones bio-respiratorias, la faringoamigdalitis aguda, la otitis, el crecimiento. Por otra parte, el desarrollo en los grupos adultos y adulto mayor, sobresalen las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia y las enfermedades osteomusculares, es decir, hay una situación muy similar a nivel nacional. En el caso de la oferta, entonces, se observa cuál es la ubicación del Hospital Monseñor Sanabria dentro de la Red y cómo va a producir impacto dentro de la Red de Servicios; además, como esas áreas apoyan al Hospital. Otro aspecto es la eventual adscripción de los establecimientos, porque se adscribían por niveles de atención, ahí se define como está la Red, quien define a quién y a donde va, por ese aspecto indicaba, por ejemplo, Parrita, Quepos y el Hospital Monseñor Sanabria, a nivel nacional. Luego, sobre los análisis de la accesibilidad de los servicios, se tiene que la estructura organizativa que requiere el Hospital, es decir, los nuevos servicios y la nueva oferta, requieren hacer un ordenamiento de la estructura organizacional, así como la parte administrativa y, luego, se analiza la oferta actual, porque ese aspecto también afecta. Si se indica que se abrirá un nuevo servicio, por ejemplo, Oncología Médica, entonces, cómo produce impacto en enfermería, en trabajo social y en los otros servicios. Por cuanto de alguna forma se mueven en relación con la edad, la prestación del

servicio y el recurso humano, el equipamiento, la complejidad y la infraestructura que debería tener. Con base en esos aspectos, se plantea la siguiente propuesta, en las que todas esas especialidades se fortalecen. En el caso de las que están en rojo, son las que se crean, por ejemplo, Cardiología, Intervencionista, en el que se ubicará el Servicio de Hemodinamia. El otro caso que se fortalece es de Tecnología y Oncología Médica, luego, se observa el caso de lo que es Cirugía Oncológica, sería una especialidad nueva. En el caso de Ginecoobstetricia y Gineco-Oncología y Odontología especializada, es decir, todas las En cuanto a los servicios de apoyo, está la parte de especialidades se refuerzan. quimioterapia como nueva, Radiología Intervencionista y Hemodinamia como ya lo mencionó. El Banco de Leche Humana y un componente importante sobre lo que es la modalidad del Hospital de Día. Entonces, hay muchas de las atenciones que se van para convertir el Hospital a más ambulatorio de lo que es la cirugía ambulatoria. En ese sentido, aparece las Clínicas del: Dolor, SIDA, Ulcera, Pie Diabético y la de la Diálisis Peritoneal. También de alguna forma produce impacto en la parte de los servicios de apoyo administrativo y, en ese sentido, se observa la parte administrativa, lo lavandería y ropería, servicios generales, validación de derecho. correspondiente a comunicación y relaciones públicas. Ese fortalecimiento en cuanto al crecimiento de los servicios que se van a dar. El Ingeniero Ávila va a plantear como esos aspectos se integran en los perfiles de infraestructura.

El Dr. Fallas Camacho señala que se tienen algunos análisis de esa demanda de hoy, de mañana y de pasado mañana, pero no son solo esa demanda, sino es el Servicio de Nefrología que hoy se requiere para atender esa patología, sino en cuánto se van a fortalecer las otras Unidades de Prevención de ese tipo de problemas, lo que se quiere indicar es la necesidad de tener ese nexo directo entre el Hospital como parte de una Red mayor que se tiene. Lo anterior, porque no solo es dar prevención, recuperación, porque la prevención la tendrá que hacer, coordinada con los servicios adicionales que hay en las áreas de atracción del Hospital como tal. Entonces, desea saber si esa consideración se tomó en cuenta o la van a tomar.

La señora Gerente Médico indica que al hacer referencia de Guanacaste, se está fortaleciendo, porque se está habilitando un servicio en el Hospital de Nicoya, dado que hay una infraestructura nueva para incrementar la capacidad que tiene el Hospital de Liberia. Por lo que se está fortaleciendo en este momento con otro Nefrólogo, para que sean autosuficientes y, también, está contemplado fortalecer esa Unidad en el Hospital de Puntarenas.

El Lic. de la O señala que cuando se hacen los estudios se observa cómo se producirá impacto en el Hospital Monseñor Sanabria y cómo también en el Hospital México, o como se interrelaciona con el Hospital Enrique Baltodano. Entonces, cuando se observan todos esos elementos para determinar, realmente, cuál va a ser la oferta hay que analizar respecto de esos elementos.

Pregunta el Director Fallas Camacho si esto el análisis es válido para todos los servicios.

El Lic. de la O responde que es correcto.

Ingeniero Ávila Jiménez:

17)

MODELO DEL HOSPITAL

- Que responda a la población adscrita y apoye a la red
- · Atención diferenciada adulto mayor.
- Ecológicamente responsable
- Eficiente
- Que impulse trabajo multidisciplinario
- Áreas funcionales compartidas
- Enfocado al paciente
- Digital
- Con posibilidades de crecimiento



18)

REQUERIMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA



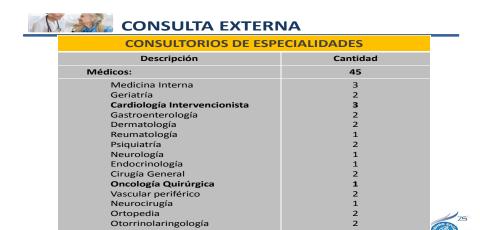
19)

REQUERIMIENTOS DE INFRAESTRUCTURA





21)



22)



CONSULTORIOS(continuación)				
Descripción	Cantidad			
Médicos:				
Urología	2			
Ginecología	3			
Gineco-oncología	1			
Obstetricia	1			
Pediatría General	1			
Neonatología	1			
Cirugía Pediátrica	1			
Cirugía Ambulatoria e ingresos	1			
Medicina del trabajo	1			
Clínica de mamas	1			
Multiuso	1			
No médicos:	3			
Nutrición	1			
Salud Mental	1			
Atención Integral de la mujer	1			

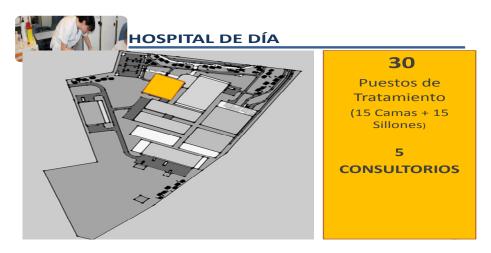




OTROS CONSULTORIOS						
Descripción	Cantidad					
Terapia Física y Rehabilitación:	3					
Fisiatría	2					
Clínica de algias	1					
Unidad Quimioterapia	1					
Oncología Médica	1					
Unidad de Trabajo Social y Psicología	9					
Trabajo Social	5					
Psicología	4					
Consultorios Odontología	6					



24)



25)





27)



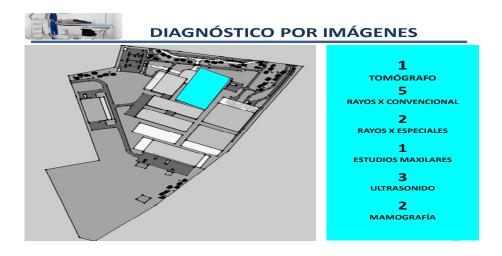
28)



OTROS SERVICIOS



30)



31)

OFERTA DE RECURSO FÍSICO

Descripción	HMS 2011	HMS 2030	Crecimiento		
Descripcion	HIVI3 2011	HIVIS 2030	Absoluto	%	
Consultorios médicos y Odontología	34	72	38	112%	
Consultorios médicos Emergencias	4	7	3	75%	
Camas de observación Emergencias	7	35	28	400%	
Quirófanos	7	13	6	86%	
Camas de recuperación SOP	10	24	14	140%	
Camas labor de parto	6	6	0	0%	
Camas de expulsivo	2	4	2	100%	
Quirófano Obstetricia	1	1	0	0%	
Camas de hospitalización	218	377	159	73%	



32) Modelo Conceptual Nuevo Hospital.

33)

MODELO CONCEPTUAL



34)

PRECALIFICACIÓN

del Estadio Nacional, sector noroeste, oficina N° 5, o bien ubicarlo en la dirección electrónica www.icoder.go.cr.

San José, 17 de marzo del 2016.—Proveeduría Institucional.—Lic. Eduardo Alonso Ramírez Brenes, Proveedor.—1 vez.—(IN2016017653).

PODER JUDICIAL

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

DIRECCIÓN EJECUTIVA
DEPARTAMENTO DE PROVEEDURÍA
LICITACIÓN ABREVIADA N° 2015LN-000048-PROV

Renovación y actualización de licencias de software

 $El \, Departamento \, de \, Proveeduría invita \, a \, participar \, en \, los \, siguientes \, procedimientos \, de \, contratación:$

(IN201601/404).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS DIRECCIÓN DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA LICITACIÓN PÚBLICA Nº 2016LN-000001-4402

Etapa precalificación para el diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento de los nuevos Hospitales Monseñor Sanabria de Puntarenas y Max Peralta de Cartago de la Caja Costarricense de Seguro Social

Apertura ofertas: A las 10:00 horas, del 23 de mayo de 2016, en la Dirección de Arquitectura e Ingeniería: San José, avenida cuarta entre calles 5 y 7, piso Nº 12 edificio Jenaro Valverde Marín (anexo Oficinas Centrales de la Caja).

La Gaceta Nº 55 — Viernes 18 de marzo del 2016

Pág 49

Para obtener el cartel ingresar al siguiente link: www.ccss.sa.cr/licitaciones_detalle?up=4402

Pueden solicitarlo por correo electrónico: git_dai_sagal@ccss.sa.cr

San José, 15 de marzo de 2016.—Subárea Gestión Administrativa y Logística.—Lic. Bernan Fallas Gamboa.—1

la Junta. La apertura se realizará el 22 de abril del 2016, a las 16:00 horas en la Secretaría de la Junta. El cartel tiene un costo de veinte mil colones.

Calle Blancos, Goicochea, 15 de marzo del 2016.—Arq. Luis Alejandro Calvo Gutiérrez, Presidente Junta Administrativa.— (IN2016017410).

- 35) Apertura Precalificación.
 - 13 de junio del 2016
 - 7 ofertas recibidas

CRONOGRAMA ESTIMADO

ACTIVIDAD	Año 2016 Añ		Año 2017 Año		018 Año 2019		Año 2020		
ACTIVIDAD	II SEM	ISEM	II SEM	ISEM	II SEM	ISEM	II SEM	I SEM	II SEM
Anteproyecto	Diseño		 						
Elaboración y Publicación Cartel Adjudicación y Formalización	Licita	ción y Con	tratación					 	
Elaboración Planos Constructivos Construcción				Plano	Coi	nstrucción (Ejecución)		
Traslado				 					Oper
	Gestión del Riesgo								



37) Próximos pasos.

- 1. Revisión final y aprobación del Plan Funcional
- 2. Aval de Junta Directiva del Alcance del Provecto
- 3. Concluir proceso de precalificación de empresas constructoras
- 4. Proceso de Licitación y Refrendo del Contrato.

El Dr. Jorge Fonseca Renauld señala que en esta ocasión, en el Hospital de Puntarenas se quiso hacer los ejercicios un poco diferentes a la manera tradicional, porque les preocupaba seguir reproduciendo el modelo de las ineficiencias que, tradicionalmente, se ha determinado cuando se han analizado establecimientos de salud. Entonces, se hizo un primer ejercicio en el que se analizó como estaba funcionando el Hospital de Puntarenas y producto a la evaluación de la gestión de los establecimientos de salud, se logró observar que había retrasos en los egresos, en los diferentes servicios. Además, había ineficiencias en la hospitalización, así como problemas que no correspondían al nivel de atención y que corresponde al Hospital, entre otros. En ese sentido, se tenía que definir de qué manera se lograba una mejor utilización de los recursos y una eficiencia mayor en el uso de los recursos, evidentemente, en los servicios, incluso, identificando la forma de la prestación de los servicios. Para el análisis se tomaron dos vertientes, una que se relaciona con la tasa de demanda de los diferentes grupos de población, en el hospital tradicional para calcular el número de camas, el número de consultorios que se iban a ser demandados por las diferentes especialidades, entre otros aspectos. Otra vertiente relacionada con las posibilidades de diversificación de la prestación de los servicios de salud, mediante modelos o modalidades de atención, las cuales son conocidas pero no se había hecho un gran esfuerzo, para aplicarlas en el país. Entonces, ese aspecto les permitía no tener que hacer un hospital tan amplio, sino un hospital un poco más pequeño, pero que les permitiera modificar la forma de atención de los servicios de salud. El resultado es el que va a mostrar a continuación, aparte de los otros aspectos que va a comentar. En primer lugar el número de consultorios y presenta una filmina con el Hospital de Puntarenas antes del terremoto en el año 2011 y la proyección del Hospital funcionando al año 2030. El Hospital del año 2011 tenía 34 consultorios médicos y odontológicos y para el año 2030 se proyecta que tenga 72 consultorios, con un aumento de un 100%. Además, en el año 2011 se tenían 4 consultorios médicos de emergencias y para el año 2030 se proyectan 7 consultorios de esa naturaleza, es decir, se produciría un aumento de un 75%. En cuanto a las camas de observación de emergencias, se proyecta un aumento de un 400%, en los quirófanos y un aumento de un 86%, en las camas de recuperación de la sala de operaciones, entonces, se tendría un aumento de un 140%, las camas de labor de pacto no se modificaron, porque no van a aumentar el número de partos esperados, las camas de expulsivo si se amplió el número en un 100% y las camas de hospitalización, según la información del cuadro se aumenta en un 73%. Sin embargo, después se determinó que existía un pequeño error en el cuadro, porque en realidad son 380 camas, porque se estaban considerando todas las camas, pero aun así el crecimiento es de un 38%. Enfatiza que son 308 y 377 camas y en ambos casos, son camas sensables, más camas no sensables.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez al Dr. Fonseca por qué parten de lo que había en el 2011 y no necesariamente lo que necesitaban los otros hospitales. Puede ser que al Hospital de Puntarenas tuviera esa necesidad, pero a lo mejor era mayor.

Sobre el particular, el Dr. Fonseca Renauld indica que, sin embargo, cuando se analizó el hospital como lo indicó, había más recursos existentes, inclusive, se tenía servicios con un 45% de ocupación, por ejemplo, mientras otros estaban sobreutilizados. Entonces, aumentando los recursos, ajustándolos más apropiadamente a la población y definiendo las tasas de demanda por cada tipo de servicio de la población, se podría lograr un mejor ajuste entre las necesidades actuales y de la población y el crecimiento que debía tener el Hospital. Aparte de esos aspectos se determinó que la eficiencia se puede aumentar, haciendo que los pacientes que no deben ser hospitalizados, no se hospitalicen. Entonces, no le dan tantas camas y se evita que se hospitalicen pacientes y, eventualmente, contraigan neumonías adquiridas en las comunidades, por ejemplo, no se dan tantas camas para que se hospitalicen los complejos de pierna del paciente diabético, tampoco para tantas otras enfermedades que todos los hospitales del país hospitalizan y no requiere hospitalización. Hay que desarrollar entonces un Hospital de Día más robusto, para que el paciente vaya a recibir ahí la atención apropiada y regrese a su casa por las tardes. Además, se desarrolle también un fortalecimiento de la atención primaria, para poder hacer lo que siempre se ha querido, en términos de trasladar recursos del nivel secundario y terciario al Primer Nivel de Atención. En aquellos casos en los que se pueda hacer hospitalización, domiciliaria de manera que el Área de Salud del EBAIS visite al paciente, de vez en cuando vaya el especialista, para observar cómo ha seguido el paciente, le prescriba y se le dé el tratamiento, para que se mantenga en su hogar y ni siquiera se tenga que trasladar al hospital. Asimismo, se han establecido otros programas tendientes a mejorar el manejo de las camas hospitalarias.

Por su parte, el Director Alvarado Rivera siente que los hospitales periféricos y regionales, deberían tener una visión un poco más estratégica de Red, en términos de desalojar o bajar la presión al Hospital México, porque todos los casos se remiten. Entonces, si se tiene un Hospital muy robusto en Puntarenas, como se tendría la oportunidad de tenerlo en ese momento, porque se va a construir nuevo, se le puede disminuir la presión al Hospital México. Entiende y está claro que la tendencia moderna, es no la encamación sino la atención temprana y, además, la

atención más domiciliaria y ese aspecto, entiende que se está aplicando en otras partes del mundo. Para él este hospital no, necesariamente, se tiene que visualizar solamente así, sino cómo se puede bajar la presión que tiene el Hospital México. Le preocupa porque el Hospital México es una "bomba de tiempo", dado que está recibiendo una cantidad de referencias y se le empieza a convertir un asunto inmanejable. Entonces, pensar en crear más camas en el Hospital México, le parece un incoherente por el tema de la vejez, el envejecimiento del Hospital, la contaminación intrahospitalaria, entre otros aspectos. En ese sentido, le parece que se debe plantear cómo hacer para alivianar la presión de ese Hospital. Estima que podría ser mejorando la Red, conoce que se han desarrollo proyectos significativos en Guanacaste, en Liberia, en Nicoya, en el Hospital de Quepos, porque hay que maximizar el uso de los quirófanos que se tienen en esos Hospitales. Pero lo que se está indicando, cree que es contrario a lo que piensa siempre con respecto de la construcción de hospitales en el Centro de San José. Estima que ahí hay un tema, pero el Hospital de Puntarenas sí le preocupa mucho de que se piense en reducirle el tamaño y las camas, para hacer menos temas hospitalarios y más atención hacia afuera y se mantenga la remisión de los pacientes para el Hospital México, porque el Hospital de Puntarenas al final, no va a tener más capacidad. Reitera, cree que debería tener mucho más capacidad resolutiva para disminuir la presión del Hospital México. Le parece que en Puntarenas se podría construir un hospital bastante robusto que satisfaga las necesidades de la población y, también, de especialidades, dado los recursos financieros que conlleva. Se conoce que no es que se ubique equipo y ya se resolvió la problemática, sino que hay que llenarlo con todo el equipo humano pero proyectar el hospital al año 2030 con esa lógica, no solo el crecimiento poblacional sino como alivianar la referencia del Hospital México.

El Director Gutiérrez Jiménez pide disculpas y se retira temporalmente del salón de sesiones.

Indica el Dr. Fonseca que si se analiza todos los casos que envían los hospitales regionales a los hospitales centrales, en este momento, prácticamente, se envía traumatología, para determinar si un trauma de cabeza tiene una lesión importante que deba ser intervenida o a nivel de columna. Por ejemplo, en cardiovascular para angiografía y para diagnóstico una angiografía de descarte, para el análisis de la enfermedad de cáncer en sus diferentes formas, para hacer el estudio. Esos procedimientos son los que se están trasladando en este momento para el Hospital de Puntarenas, porque se le está dando solidez y se le está permitiendo resolver la mayoría de los casos. Como ilustración, el Hospital de Puntarenas tiene muchos egresos tardíos del Servicio de Medicina o de Cirugía, porque en algunas ocasiones los pacientes tienen que esperar durante varias semanas, para que se les realice un TAC en el Hospital México, o una resonancia en el Centro Nacional de Resonancia Magnética. Esa es la situación que se está tratando de evitar, además, de que el Hospital tenga capacidad resolutiva y en el menor tiempo, se pueda tener un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

Por su parte, el Dr. Rainier Chaves comenta que se está reforzando la Red de Servicios de Salud, en el sentido de que primero hay que hacer prevención y promoción. En este momento, el número de EBAIS pasaron de 68 a 71 en el año 2014. No obstante, para este año se proyecta que se tendrán 74 EBAIS y el de Barranca es uno de los grandes. También hay que pensar que la medicina se dirige a la prevención y la promoción, para evitar enfermedades y hospitalización. Este no es un hospital como una "isla", sino que está dentro de la Red de Servicios de Salud y se está reforzando. Por ejemplo, el Hospital de Quepos ya se reforzó con un Emergenciólogo y con los especialistas básicos, para prestar la atención médica a alrededor de 50.000 habitantes y,

posiblemente, al año 2013 ya cuente con alrededor de 70.000 personas. Por otra parte, no se han referido a los aspectos básicos, solo a la prestación de los servicios que no se tienen y se plantea que con la nueva construcción del Hospital de Puntarenas, se logra resolver el 85% de las especialidades en el Hospital y solo un 15% de los casos se resolverán a nivel de los hospitales nacionales, esa es la idea.

La Directora Alfaro Murillo señala que al escucharlo, evidentemente, es la versión preliminar en el sentido de que todos esos aspectos tienen que ser detallados, porque se están poniendo sobre la mesa, muchos elementos técnicos que implican el fortalecimiento de la Red, la mejora por aquí y por allá, pero esa mejora solo está dicha y no está hecha, es decir, se está pensado para. El aumento del tema de los EBAIS de 71 a 74 para Puntarenas, así como el refuerzo del Hospital de Quepos y demás pero, evidentemente, ese es el Hospital, las personas esperan como lo indicó don Renato que sea un Hospital robusto. Entonces, la pregunta es si todo el proyecto está tan claro, por qué hay una reacción de la población de esa naturaleza. Qué es lo que esa población está entendiendo o que es lo que están observando, o en esta Junta Directiva no se está diciendo.

Por su parte, a la doctora Sáenz Madrigal le parece que es muy importante, que los señores Gerentes que estuvieron ayer en la Asamblea Legislativa, pudieran comentar un poco en ese sentido, porque ayer estuvo en la Asamblea Legislativa, todo el equipo que está en la sesión de la Junta Directiva en este momento, por lo que considera pertinente que planteen el tema. El Dr. Randall Álvarez estuvo también en la reunión de ayer, entonces, sería bueno que puedan transmitir cuál es la preocupación, qué es lo que se está planteando y cuáles son las limitaciones. La doctora Villalta se puede referir al asunto y cualquier otra persona, si consideran que hay elementos que se han omitido.

La señora Gerente Médico señala que la inconformidad que manifestaron los señores Diputados, fue respecto del número de camas, específicamente, es el dimensionamiento del proyecto. En realidad se les explicó los nuevos servicios, porque al Hospital se le está incorporando el Servicio para que se aplique el tratamiento de quimioterapia. Además, se tendrá la Unidad de Hemodinamia, así como Oncología Médica, Oncología Quirúrgica, porque hoy no se tiene en el Hospital. Además, de los Quirófanos, el Servicio de Emergencias y al final, le parece que la discusión se estableció en el número de camas y, prácticamente, lo que la parte política y sindical, conformada por la parte de los Diputados y la otra por los sindicatos. Repite, la inconformidad que se manifestó, fundamentalmente, fue por el número de camas, porque quieren participar en la parte de definición del número de camas. Se les indicó que es una parte muy técnica e, inclusive, se les explicó de que un país que aumenta las camas, la salud pública es un fracaso, porque si se eleva el número de camas, es porque se cree que todas las personas van a estar enfermas y no van a tener efecto los programas de salud preventiva, ni de salud pública; sin embargo, no aceptaron las razones. Al final el acuerdo es citar a los Miembros de la Junta Directiva y tanto la Presidencia Ejecutiva como las Gerencias, se hagan presentes en los talleres que se efectuarán en Puntarenas. Al final ella les indicó que la presentación era para información, porque la definición de los servicios de salud, realmente es un asunto técnico.

El Director Alvarado Rivera manifiesta su preocupación, porque la situación la ha generado la Caja, porque cuando una persona llega al Hospital se le indica que no hay campo, no se le puede hacer nada, ni tocar porque no hay cama. Entonces, el tema es complicado, es la Institución cuando un paciente llega para que se le interne, porque tiene algún padecimiento y se le indica

que no, que se vaya para la casa porque no hay cama. Peor es cuando a algunos pacientes ni siquiera se les da la cita, por ejemplo, para no dársela para el año 2030, porque no hay cama. En ese sentido, cuando se indica que al Hospital se le va a disminuir el número de camas, lo primero que le dice es que no lo van a volver a ver, entiende todo el tema técnico y considera que ese asunto hay que manejarlo, porque aparte de lo técnico se tiene la comunidad, la Asamblea Legislativa y el resto de las personas preguntando por el tema. Entonces, hay que buscar los justos medios para determinar cómo se resuelve la problemática, repite, esa es su preocupación.

Comenta la Gerente de Infraestructura que los Diputados sobre todo el Diputado Gerardo Vargas del PUSC, además estaba doña Karla Prendas, don Carlos Hernández, don Olivier Jiménez y la coordinadora de la reunión era doña Laura Garro, eran cuatro Diputados, cinco con Olivier Jiménez quien representa el Sur del país. Básicamente, lo que plantearon es, específicamente, el tema del número de camas, lo que sucede es que en el proceso de planificación, hubo un número inicial, el cual se fue afinando. Entonces, los Diputados están objetando el número de camas final. Además, el Diputado Gerardo Vargas, incluso, preguntó un par de veces, pero en esa parte no se le respondió, fue sobre el monto de ciento veinte millones de dólares, o sea, en términos de que si se requerían más fondos existen, para poder cubrir más camas, pero la pregunta quedó sin respuesta, porque realmente en este momento el proceso está en discusión, el tema del número de camas, no se ha llegado al punto final. Entonces, los Diputados lo que quieren es intervenir y que se abra la discusión del tema del número de camas, para que queden tranquilos, incluso, los Diputados ofrecieron ayuda, por si se tenía que conseguir financiamiento, pero es un tema que se presentará después.

Indica la doctora Sáenz Madrigal que no estuvo en la reunión, pero está clara que la oferta que hicieron, es que dado el préstamo del Banco Mundial, se tomen recursos financieros de ese préstamo para completar el Hospital de Puntarenas.

La Arq. Murillo Jenkins indica que esa fue la oferta que plantearon los Diputados.

Agrega la doctora Sáenz Madrigal que este es el dimensionamiento del Proyecto que se tiene hoy, pero todavía se devolvió la semana pasada el Plan Funcional, porque se tiene que revisar, es decir, todavía está en análisis el dimensionamiento del Proyecto porque no se ha terminado. Esa situación se les explicó a los Diputados, igual que al final el Proyecto se tiene que presentar a consideración de la Junta Directiva y no es ninguna Gerencia, la que al final avala el Proyecto de la nueva construcción del Hospital de Puntarenas.

Pregunta la Directora Alfaro Murillo por el promedio nacional y qué estadísticas se tienen, porque hay que tenerlas a mano, hay un número de camas en este país, la oferta de camas en Costa Rica, cuál es el promedio por habitante o como se saque. Lo que indica don Renato es, ciertísimo, en todos los hospitales el problema es que no hay camas, se envía el paciente al Hospital de Alajuela y no lo operan, porque no hay cama; seguramente no hay especialistas, pero lo que se dice es que no hay cama. En el Hospital de Heredia sucede lo mismo, por ejemplo, un paciente está esperando una operación y no hay cama. Vuelve a insistir, lo que puede ser es que no estén los especialistas y los equipos, pero el argumento hacia afuera y el término popular es no hay cama. Entonces, su punto es que, ciertamente, esas estadísticas van a estar en función de ese modelo que se tiene, si se piensa en mejorarlo es distinto, pregunta qué estadísticas se tiene.

El Dr. Fonseca Renauld responde que se ocupan 4.35 camas por mil habitantes. Ese número ha venido variando y sucede igual en todos los países del mundo. Por ejemplo, en Europa existe una gran variación de ese indicador, entre 8 camas por mil habitantes, hasta dos por mil habitantes, incluyendo las camas privadas.

Sobre el particular, señala la Dra. Sáenz Madrigal que es dado el perfil epidemiológico.

Continúa el Dr. Fonseca y anota que tomando en cuenta la Provincia de Puntarenas, sin considerar el número de camas que los pacientes del Hospital de Puntarenas utilizan en San José, se tiene 1.17 de camas, incluidas, las camas del Hospital de Quepos, porque son también para el Hospital de Puntarenas. Entonces, esa relación se mantiene y permite tener la relación que se mantenga.

Señala el Director Devandas Brenes que el promedio de camas a nivel nacional es 1.35 por cada mil personas, pregunta si es conveniente porque si, luego, se toma ese promedio y se compara con el Hospital de Puntarenas, no se sabe si ese promedio es el deseable.

Señala el Dr. Jorge Fonseca que ese indicador depende de los otros elementos que acompañan el modelo de prestación de servicios de salud, entonces, si el modelo se tiene muy actualizado, para definir el número de camas de hospitalización se han hecho estudios específicos. Por ejemplo, en España se establece que las áreas que tienen más camas, son las áreas en las que fallecen más personas por infarto del Miocardio y por defunciones por ABC, no es porque las camas las reduzcan, es porque el esfuerzo financiero se hace por mantener la cama hospitalaria y no se previene la enfermedad.

Por su parte, señala el Director Fallas Camacho que se conoce que las camas se van a necesitar para los próximos 50 años, probablemente, pero todo el esfuerzo de la Institución, se dirige a fortalecer los EBAIS y no el de hoy, hoy sino con un EBAIS de mayor capacidad y la idea es determinar más bien que otro elemento y recurso humano hace falta, porque hoy no se tiene y en el pasado se tenía. Le parece que, posiblemente, se tendrá que volver a implementar el tema de la Promoción de la Salud, la labor que el funcionario hacía casa por casa, es decir, visitas atendiendo el problema antes de que se presentara, o sea, previniendo. Estima que se está fallando en ese aspecto o sino el hospital dentro de la casa, para evitar que las personas se enfermen y es mayor esfuerzo que se debe hacer, porque es mucho más sano y saludable para la sociedad y más económico.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que quiere mencionar un tema, como un elemento para tenerlo en la mente, en esta oferta dentro de los servicios que se está plantando, está el tema del cuidado del pie diabético, el asunto del hospital de día, además de algunas modalidades de atención y esa es la discusión que existe, inclusive, a nivel mundial de algunos indicadores que se han utilizado, para asignar los recursos porque la mayoría de esos servicios, por ejemplo, la nebulización, requiere un espacio una asignación. Hace algunos años esa área ni siquiera se pensaba, ahora, no se puede ni pensar en un EBAIS que no tenga ese servicio de inhaloterapia. Recuerda que hace 20 años había personas que padecían de asma, pero no en las condiciones, ni en la magnitud que se está teniendo en este momento, es decir, el número de personas es significativo. Lo anterior, por cuanto se ha producido un cambio en el perfil epidemiológico, el cual se está moviendo hacia un perfil demográfico totalmente distinto y a una Carga de la

Enfermedad distinta. Esa es la discusión cuando se plantean algunos indicadores tradicionales para medir la asignación de recursos, un ejemplo, que muy importante y lo sugiere porque se hizo con una rápida revisión, fue con el tema de la distribución de especialistas, no tanto el número de camas, sino el número de especialistas y es muy importante que se revise a nivel de la oferta que se está haciendo. Como ilustración, revisando los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el número de especialistas a nivel de país, contrario a lo que indican algunas personas, está por debajo del promedio. Por lo que no, necesariamente, un especialista va a conducir a una cama, pero si se va a requerir un especialista para atender esa complejidad. Se puede observar que en este caso está variando esa lógica de cómo están definidos algunos indicadores y se hizo una rápida revisión, para argumentar el tema de los especialistas. Repite, porque algunas personas están indicando que en Costa Rica sobran los especialistas. Tiene que decir que no, porque se está por debajo del promedio de los países de alto ingreso, por debajo del promedio de ingreso medio y por debajo de los países de América Latina. Hace hincapié en que es solo para aportar un elemento distinto en el momento del análisis.

La Ing. Alfaro Murillo indica que si el promedio nacional de cama es de 5 por habitante y es un promedio aritmético, significa que más o menos se va a estar entre 0.9 y 0.8 de cama por habitante y quiere saber qué hospitales están en el tope. Entonces, quiere saber cuál es el número de camas en total, por cada habitante y la relación que hay entre los Hospitales de Alajuela y Heredia, porque son los dos Hospitales nuevos. Además, cómo fue el diseño del nuevo Hospital de Cartago. Reitera, quiere las estadísticas del tema.

Interviene la señora Gerente Médico y apunta que se tiene un estudio de análisis de desempeño de la gestión de las camas de cada hospital, donde en términos generales lo que se indica es que hay que mejorar la gestión, porque la distribución que existe no es la más idónea y los según los resultados del estudio, lo que se tiene que ser es más eficiente y no aumentar el número de camas.

Al respecto, indica la Directora Alfaro Murillo que tiene claro el término y el concepto, pero también se pone del lado de los "ticos", a ella se le indica que hay un promedio de camas y si utiliza la lógica, hay un grupo de personas que se está afectando. Entonces, hay unos hospitales privilegiados que están sobre el promedio. En esos términos, quiere saber que se va a hacer con los Hospitales de Alajuela, Heredia y Cartago, porque de un pronto a otro, se puede empezar a preguntar, si ella fuera del Hospital de Puntarenas y si tuviera la cifra, preguntaría por qué se está dejando por debajo a esos Hospitales y si se está dejando por debajo en el número de camas no perdona. Entonces, la Dra. Villalta le indica que se está pensando en un modelo, pero si ella fuera residente de Puntarenas, le preguntaría Dra. Villalta cuándo va a durar esa angustia, porque todo en la Caja dura entre 15 y 25 años. En ese sentido, ella les estaba diciendo a los Puntarenenses que se piense que el modelo teórico va a funcionar divino, todo es divino y mientras tanto, los castigan con el número de camas, porque el resultado es de 1.17 promedio por habitante, es decir, se tiene un 25% o un 30% menos de todas las camas y a partir de ahí, usted me pone un Diputado sobre la mesa, los otros cuatro se "jubilan" y los otros cinco se "amarran al Hospital Monseñor Sanabria", indicando saquemos a la calle a los Puntarenenses y es así de sencillo como lo observa.

Señala el Dr. Fallas Camacho que el problema que se tiene es el de enfocar, aisladamente, el Hospital de Puntarenas y tiene que funcionar con un Hospital tipo Red, por ese aspecto desde la

primera vez que se presentó el proyecto de construcción del nuevo Hospital de Puntarenas, en la Junta Directiva se ha insistido que no se trababa solo del "monstruo" de Puntarenas que se estaba pensando construir, sino toda la Red. Lo anterior, por cuanto el país también tiene una Red de Servicios, porque se está haciendo referencia de Redes, pero es una sola Red y la obligación de la Institución es definir, cómo se da la mejor respuesta a las personas con lo que se dispone. No obstante, no se puede tener en cada lugar los servicios especializados, porque por la cantidad de pacientes no se justifica dado el alto costo, por ese aspecto es mejor que se concentren esos servicios. Por lo que si se mercadea la idea de competencia entre cada comunidad, se estaría devolviendo al siglo pasado y antepasado, donde Grecia quería un hospital, San Carlos también, así como San Ramón y Cartago. Entonces, fue una "hospitalitis" lo que no permitía que funcionaran bien, porque no se tenían recursos. La idea es que se tenga un enfoque diferente y es la idea que hay que vender, porque no se tiene posibilidad alguna de llevar a un hospital a tener tantas camas. Por ejemplo, se tuvieron 4 y 5 camas por habitante, cuando él era Gerente Médico y, prácticamente, son las mismas camas que hay hoy. Cree que la asistencia sanitaria de hoy es mucho mejor que la que se daba en aquella oportunidad. Entiende que hay que tener la capacidad para poderle vender la idea, no solo a los Diputados sino a la comunidad de que el servicio es nacional y donde todos los habitantes, van a tener capacidad de acceso, aunque haya que limitarlo, por cuanto lo que se tiene hoy no ha bastado para atender todas las listas de espera que se tienen, como ilustración, para hacer diagnósticos y a lo mejor, valdría la pena en pensar establecer centros de diagnóstico, para evitar que el hospital se continúe utilizando para hacer un diagnóstico y no para dar un tratamiento. De todas maneras, le parece que son aspectos importantes tenerlos presente para hablarle a los Diputados, en el sentido de que se necesita tener un equilibrio en la Red Nacional como servicios de salud, porque se le tiene que garantizar a las personas la oportunidad de tratamiento, cualquiera que sea, pero lo que a lo mejor por limitaciones no se les puede dar.

Señala la Directora Alfaro Murillo que su punto es que recibió una llamada y el Diputado tiene cifras que ella no tiene, por ese aspecto las está pidiendo y es la argumentación y es clara en la argumentación con la que van a salir. Repite, quiere las cifras y si el tema del número de camas, es como hace un momento lo indicó doña María Eugenia, por falta de gestión; si tiene que salir de aquí con un doctorado relacionado con el número de camas, saldrá porque necesita saber cómo fue, cómo evolucionan en el país, quiere un estudio, el cual se le ponga en tres páginas la historia de las camas, cómo fue, como es, cómo tiene que ser, cuántas camas habían, quiénes son los privilegiados de las camas y por qué, si ese número es más alto en centros hospitalarios viejos se entiende, pero si en los nuevos hospitales se disminuye el número de camas, de una vez los otros centros que están en proceso de construcción como Cartago, se acoplen y los Diputados se mentalicen que van sobre el uno y no sobre el 1.35 ó 1.40 de cama por habitante, pero si hay un promedio de 1.35 camas, es que algún hospital tiene un montón de camas y quiere saber quién las tiene y por qué y a Puntarenas se les va a ir a convencer del tema.

Interviene la Dra. Sáenz Madrigal y señala que por una cuestión de orden, porque queda poco tiempo de la sesión. Recuerda que se está en un proceso de conocimiento de un avance del proyecto de la construcción del Hospital de Puntarenas, es un informe y si hay comentarios y sugerencias se harán las revisiones, las cuales son muy importantes para que la administración las vaya asumiendo para los siguientes proyectos. Cree que hubo una mala información, desconoce proveniente de dónde, en el sentido de que hoy se iba a adjudicar el Hospital de Puntarenas y por ese aspecto, las personas se enardecieron un poco. Estima que ese fue uno de

los objetivos, pero hoy se está conociendo uno de los informes, porque la Junta Directiva ha estado muy interesada en el tema.

Por su parte, el Director Loría Chaves indica que esa preocupación es muy legítima, en la medida que si se va a construir un nuevo hospital, se desearía que cumpla con satisfacer las demandas que tiene la población, relacionadas con las necesidades hospitalarias de la región. Es el momento para que sea así, porque después va a ser muy dificil poder echar para atrás lo que se avanza. El tema es que hay un mundo real y un mundo ideal, cuando se observa que los indicadores de cama son esos y el ideal es este, por ejemplo; pero si se compara con la realidad que se tiene en la Institución, nos damos cuenta que es muy distinta, porque las camas hospitalarias que son el reclamo principal en todos los hospitales, también son el motivo por el cual muchas personas se devuelven de los hospitales y se tiene listas de espera a dos o tres años. Reitera, las camas son el motivo de que cuando se llega a un hospital, tiene que andar trasteando la cama y hoy en día son peleadas en los hospitales. Entonces, es posible como lo indica la Dra. Villalta que es un tema de gestión, pero también hay un tema de la cultura organizacional que se tiene que modificar, no es fácil y se ha hecho referencia en muchas ocasiones del asunto. Entonces, decretar que a partir de hoy va a suceder diferente, ese aspecto lo cuestionaría un poco, porque no es tan sencillo con la cultura organizacional que se tiene, ni con la práctica actual. Le parece que es importante indicar que muchas veces lo que sucede en un hospital es que un paciente está internado y de pronto los médicos que lo tenían que operar se incapacitaron, o no llegaron. Entonces, el paciente queda más tiempo internado en el hospital, por lo que no es un tema indicar que la cama va a estar ocupada dos o tres días. Es un asunto mucho más complejo y cree que este informe es un avance importante, por lo menos para tener una noción de cómo está proyectando el tema la Institución. Por otro lado, le parece que Puntarenas se tiene que convertir en un pivote de la atención de otras áreas que están alrededor del Hospital, incluyendo, la parte de la Zona Sur. Considera que en algunas oportunidades se quiere el escenario ideal, por ejemplo, que todos los EBAIS tuvieran un médico de familia, pero no se puede. Sin embargo, le parece que se debe profundizar en la discusión y se debe aprovechar la construcción de Hospital de Puntarenas, para que realmente se satisfaga una gran cantidad de necesidades que se tienen en la zona.

La Directora Alfaro Murillo indica que quiere el informe porque ayer lo mencionó un Diputado de Turrialba.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que tiene conocimiento de que el informe de la construcción del Hospital de Cartago, no se ha hecho y el de Turrialba no lo conoce. Es evidente que alguna persona está pasando información con algún grado de interés el cual no, necesariamente, y lo deja constando en el acta de esta sesión, en el sentido de que la Institución tiene una planificación y una orientación y si se distorsionan por necesidades que no son de salud, la cuota la pagan aquellas personas que desvían el camino que llega a la Institución, porque no se va a poder cumplir con los tiempos que se tenían trazados. Cree que es un tema que se debe asumir, porque la Caja tiene una lógica y una planificación. Repite, si en el camino las personas no están de acuerdo y no quieren, también se tiene que valorar como Junta Directiva, porque si lo que hay son intereses para que el Hospital de Puntarenas no se construya y lo quiere dejar muy claro, porque no son intereses de esta Junta Directiva, ya que al proyecto se le ha dado toda la prioridad del caso, pero el efecto que pueda tener un atraso de esa naturaleza, hay que dimensionarlo en toda la coyuntura, porque la planificación que se tiene y lo señala, dado es probable que no se

pueda escuchar todas las otras presentaciones, pero el grupo tenía una ruta de cual era el camino y cual estaba faltando, aun cuando se estaba esperando tener una versión más afinada del Proyecto. Le preocupa que se puedan estar dando otros intereses, los cuales no son el interés de las personas de la Provincia de Puntarenas y ese aspecto, es lo que más le preocupa y quiere dejarlo constando muy claro en actas.

Ingresa al salón de sesiones el Director Gutiérrez Jiménez.

En cuanto a una inquietud del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer si al año 2030 significa que hasta esa fecha, va a estar construido el Hospital de Puntarenas, indica la Dra. Sáenz que es la proyección de la población.

Señala el doctor Devandas Brenes que lo indica porque ese aspecto genera tensión, si esa información se conoce de esa manera, se interpreta que el Hospital estaría construido en el año 2030, porque no se aclara que es la proyección de la población a ese año.

Sobre el particular, apunta la Dra. Sáenz Madrigal que por ese aspecto indicó que en la presentación, se tiene una ruta de que es lo que está faltando y el tema es afinar el proyecto, porque hay unas observaciones que se enviaron. Además, se tienen que revisar otros temas, pero le parece que es importante, dejar planteado que la Institución tiene una ruta trazada, la cual es una ruta técnica, con una lógica y tiempos establecidos y por las razones que sean, ese aspecto se desvía, porque esa fecha que se tiene la final, se va a modificar y es un aspecto importante que se tiene que tener claro. Por otra parte, está preocupada porque se convocó a una conferencia de prensa en 20 minutos y antes se tiene que presentar el acuerdo.

El Dr. Jorge Fonseca señala que dada la pregunta que se había hecho antes, respecto de la distribución de camas en el mundo, Costa Rica es el país Nº 112 de 120 países y esa ubicación no es buena, ni mala y para poder funcionar con pocas camas, se debería tener una política de externalización de los servicios, la cual sea congruente con ese número de camas que se está manejando por todo el país. Le parece que ese es el elemento que falta de manera que se tenga una buena justificación para manejarse con ese número de camas.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y pide disculpas porque tuvo que salir para atender razones de otra índole. No obstante, quiere dejar claro y constando en actas de que le preocupa el tema, por varias razones, uno, entiende que los señores Diputados hacen su labor y mal harían en no presionar a lo que entienden son necesidades de su comunidad. Por otro lado, el punto es cuál es el justo medio del asunto y, técnicamente, qué es lo que corresponde, porque le confunde un poco el observar que se está haciendo referencia de que el costo del Hospital es de ciento veinte millones de dólares y si la diferencia es de treinta millones de dólares, por qué no se está haciendo referencia de esos treinta millones de dólares, si es que fueran los números correctos. Por otro lado, le preocupa si técnicamente lo que se está pidiendo es o no es, "ojo" que no está diciendo se tiene razón o tienen razón los señores Diputados de la Asamblea Legislativa, porque lo que le interesa es la comunidad y el usuario final. Por otra parte, también le interesa un aspecto que ya aprendió en estos años, cuando se está haciendo un proyecto, es el momento de hacerlo, porque de lo contrario se indica mañana se hace y, luego, pasarán 20 años, por ejemplo, y no se logra concretar. Le parece que en la línea que indico don Renato Alvarado hace un momento, la Institución es la que produce el problema final de que haya camas. Como

ilustración, usted va a emergencias del Hospital Calderón Guardia y hay un montón de personas en observación porque no hay cama para atenderlos. Está de acuerdo en la teoría de que un país que crea más camas, no está previendo las enfermedades, pero se está teniendo una realidad hoy y es la necesidad de camas. Por otro lado, estuvo en la Zona Sur y se dio cuenta como ese Hospital está sobreejecutado y observa el Escalante Pradilla colapsado. Le parece que se debe hacer la tarea y es reforzar la Zona Sur, para desaguar el Escalante Pradilla y, en ese sentido, piensa un poco de lo mismo, si ya se está haciendo, no sabe cuántas camas se necesitan y no se va a atrever a indicar una cantidad, porque el tema no lo tiene claro, pero es un gran crítico de las Redes. Las cuales se necesitan en el nivel primario, para atender el nivel secundario, de manera que en el nivel tres se gestionen los servicios. Lo indica porque si hoy se está haciendo en el Hospital de Puntarenas con un Director de "lujo", porque cree que el Director ha hecho ingentes esfuerzos, con su equipo para hacerlos ver que los proyectos se pueden hacer y muchas veces, no pidió recursos en un momento determinado y tuvo que esforzarse para desarrollar actividades importantes y no sabe dónde está la verdad y lo indica con sinceridad. Si se está gestionan que se gestione bien, y si se tiene que reconsiderar siempre y cuando, técnicamente, se justifica porque no se podía decir a) le encantaría 500 camas, pero cómo se justifican. Por otro lado, si se está haciendo una llamada de atención que se escuche con la humildad que se requiere, para decir a lo mejor póngale 20 camas y 40 camas, pero lo que se necesita son 30 camas. Reitera, llama la atención porque no le queda claro el tema, no sabe de dónde, técnicamente, se puede definir cuál es la verdadera realidad del número de camas que se necesitan

La Dra. Sáenz Madrigal pide disculpas a los otros miembros del grupo, porque tenían para presentar otra parte de la presentación y le parece que este tema no se ha agotado el día de hoy y se podría agendar para de hoy en ocho días y se termine de presentar la segunda parte del tema, porque es importante que todos conozcan el trabajo técnico que se ha hecho y seguir en la discusión. Como lo indicó la Dra. Villalta parece que el viernes pasado llegó una nota del Hospital de Puntarenas, en la que se hace una revisión del Plan Funcional y no sea adoptado a esta propuesta, porque se está en un proceso y tiene una gran preocupación del tema y, repite, porque quiere indicarlo y que quede muy claramente, en términos de que la definición de las dimensiones de un establecimiento de salud, es un proceso técnico y, técnicamente, tiene que estar sustentado. En ese sentido, aunque hay un contexto y hay unas peticiones y se plantearán otras, en esa preocupación y se va a revisar lo que haya que revisar, pero es un proceso técnico y es una responsabilidad, porque es la Junta Directiva la que adjudica, no es la Asamblea Legislativa y le parece que ese es el tema claro. Les da las gracias a los expositores.

Pregunta el Director Fallas Camacho si se van a aprobar los acuerdos.

Responde la Dra. Rocío Sáenz que no porque el tema no se ha terminado de presentar. El acuerdo debe indicar que por razones de tiempo no se está terminando de revisar el informe.

Se dispone, finalmente, continuar tratando este tema en la próxima sesión ordinaria, ya que en esta oportunidad, por limitaciones de tiempo, no ha sido posible abarcar todo el tema.

Se retiran del salón de sesiones la arquitecta Murillo Jenkins; los doctores Fonseca Renauld, Chaves Solano, Álvarez Juárez, la arquitecta Echavarría Chacón, el ingeniero Ávila Jiménez, los licenciados de la O Espinoza, Milla Laínez y Vargas Matamoros.

ARTICULO 23º

Se toma nota de que se reprograma para la próxima sesión ordinaria la presentación del oficio N° GM-SJD-13382-2016, de fecha 13 de junio de 2016: informe anual 2015 del Fondo Garantía de Retribución Social elaborado por el CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social).

Ingresan al salón de sesiones las doctoras Sandra Rodríguez Ocampo, Directora, y la doctora Dominicque Guillén Femenías, Asistente de la Dirección del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), y el doctor Elí Chaves Segura, Geríatra del Hospital Calderón Guardia y miembro del Consejo Superior de Campos Clínicos.

ARTICULO 24°

Conforme con lo encargado en el artículo 20° de esta sesión se presenta y se acoge la propuesta en relación con el internado rotatorio universitario (oficio N° GM-SJD-14272-2016 de fecha 27 de junio del año 2016: propuesta de estrategia para el ingreso al internado universitario rotatorio).

La Licda. Ana María Coto lee la propuesta de acuerdo, relacionada con el internado rotario universitario y en cuanto al considerando en el que se hace referencia de la calidad de la atención, señala la Dra. Sáenz Madrigal que no se indique de esa manera, porque se trata estudiantes.

Por su parte, al Director Fallas Camacho le parece que se tendría que indicar más bien: el comportamiento, a pesar de que son supervisados por las universidades.

En cuanto al párrafo donde se señala no le corresponde a la Institución, sugiere la Dra. Sáenz Madrigal que se indique: no le compete la función académica, pero es su responsabilidad velar porque los procesos de enseñanza-aprendizaje que realizan las Universidades en la Institución, para que cumplan con la normativa institucional, dado que es en resguardo y protección de los usuarios.

En el encabezado el Director Devandas Brenes sugiere que se indique: elaborado por el Consejo Universitario de Campos Docentes del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), recuerda cuál era el propósito. Le parece que se debe indicar: elaborado por el Consejo Universitario de Campos Docentes integrado, por los siete médicos de los diferentes centros hospitalarios. Además, en cuanto al cumplimiento de los requisitos, señala que se debe indicar que es responsabilidad de las universidades.

La Dra. Sáenz Madrigal concuerda con el Dr. Devandas Brenes.

Continúa don Mario Devandas y anota que el otro tema, es que ahí está el esfuerzo que hizo la Caja con miras a mejorar la calidad, en relación con la unificación de los módulos, porque es la respuesta al problema de la calidad de la graduación del médico. Reitera, el esfuerzo que la Caja hizo, para que todos los módulos tengan un examen único.

Aclara la señora Presidenta Ejecutiva que le parece que se está introduciendo otro tema.

Al Director Devandas Brenes le parece que el asunto está relacionado.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que esos aspectos están considerados en la resolución, son considerandos.

Continúa don Mario y señala que la calidad de los médicos se garantiza con la aplicación de los exámenes únicos, es decir, con el programa único de los diferentes módulos.

A la Dra. Sáenz Madrigal le parece que lo que está indicando don Mario no se estaría comprendiendo. Entonces, sugiere que se indique que para fortalecer el proceso-aprendizaje en los establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Institución ha logrado que las universidades lleguen a un acuerdo y se les aplique un examen único a los estudiantes, en cada módulo que se conforma. Por otro lado, se indique que en el resguardo del interés institucional y de los usuarios, el CENDEISSS ha acordado con las universidades la realización de una metodología unificada, en los términos anexos que forman parte integral del acuerdo. Además, se incluya un ajuste al inicio de la propuesta de acuerdo, para que se indique que en respuesta a las preocupaciones y acuerdos de la Junta Directiva, así como a requerimientos de este Órgano Colegiado.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio firmado por la señora Gerente Médico, número GM-SJD-14272-2016, del 27 de junio del año en curso, y

TOMANDO EN CUENTA:

- i) Que la Caja Costarricense de Seguro Social tiene la imperiosa necesidad de velar por la satisfacción del fin público, por lo que le corresponde, según la competencia que le ha sido asignada a nivel constitucional, específicamente en el artículo 73 de la Carta Magna, garantizar el derecho a la salud y a la vida que se desprende del numeral 21 de la Constitución Política, siendo éstos bienes jurídicos supremos que merecen especial protección en un plano real y palpable en la vida diaria de los habitantes; así como, también, según lo dispuesto en el artículo 1º de la Ley Constitutiva de la Caja respecto de la competencia institucional en materia de servicios asistenciales en salud
- ii) El internado universitario que realizan los estudiantes de las diferentes universidades en los centros de la Caja Costarricense de Seguro Social es un requisito académico y, por ello, es responsabilidad de las universidades garantizar la excelencia académica y el proceso de selección de los mismos.
- iii) Si bien a la Caja Costarricense de Seguro Social no le corresponde la función académica es responsable de velar porque en los procesos de enseñanza–aprendizaje de profesionales en Medicina que se realizan en la Institución, se garantice, en todo momento, que cumplan con la normativa institucional en resguardo y protección de los usuarios.

Asimismo, de conformidad con la recomendación de la Gerencia Médica y el CENDEISSS, visible en el oficio número GM-SJD-14272-2016, de fecha 27 de junio del año 2016, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA**:

1) Aprobar la siguiente propuesta sobre el proceso de asignación de campos docentes para la realización del internado rotatorio universitario en instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social, que consta en el oficio del 28 de los corrientes, número CENDEISSS-PCC-6929-16, que a continuación se transcribe, en forma literal:

"Antecedentes

- 1. Mediante el artículo 15°, de la sesión N° 7587, del 4 de octubre del 2001, celebrada por la Junta Directiva institucional, se acuerda establecer como inicio del internado universitario el mes de enero de cada año, así como el otorgamiento de 350 becas conforme a lo establecido en el artículo 8, de la Ley de incentivos médicos, Ley N° 6836, a aquellos estudiantes universitarios quienes realizaban y aprobaban el examen de conocimientos generales aplicado para ese efecto.
- 2. En el artículo 4°, de la sesión N° 8094, del 27 de septiembre del 2006, la Junta Directiva acuerda establecer una nota mínima para obtener el derecho a la beca y al campo docente, definiéndose 60 puntos de los 100 de su valor para los que aplicaban el examen ese año; 65 para los del 2007 y para años subsiguientes 70 puntos.
 - Se pretendía con esa decisión que, los internos quienes realizarían su práctica en las instalaciones de la Caja, demostraran su idoneidad; sin importar que fueran o no beneficiados con beca puesto que, el interés consistía en salvaguardar los derechos de los usuarios.
- 3. En el año 2011, concretamente en el artículo 26°, de la sesión N° 8551, celebrada el 15 de diciembre del 2011, por ese órgano superior, se acuerda suspender de forma temporal, el otorgamiento de la beca otorgada a los estudiantes de internado universitario quienes iniciarían esa etapa de su formación, en el mes de enero del 2012.
- 4. Realizado el examen en el año 2014, se decide aplicar una curva de 18 puntos a todos los estudiantes quienes aplicaron el examen de ese año.
- 5. En el oficio GM-AJD-8498-2016, del 2 de marzo del 2016, la Gerencia Médica acuerda la aplicación de un redondeo decenal a aquellos estudiantes quienes tenían nota a partir de 66 y hasta 69 y cumplieran con los requisitos académicos.

Considerandos:

- 1. La Caja Costarricense de Seguro Social, como institución autónoma responsable de la satisfacción de la seguridad social en el país, se convierte en la instancia responsable de velar por la satisfacción del fin público, según la competencia que le ha sido asignada a nivel constitucional, específicamente en el artículo 73 de la Carta Magna y el artículo 1º de la Ley Constitutiva de la Caja.
- 2. La responsabilidad que le asiste a la Caja debe ser observada y considerada a partir del derecho a la salud y la vida de la población, los cuales se desprenden del numeral 21 de la

Constitución Política y son considerados bienes jurídicos supremos que merecen especial protección en un plano real y palpable en la vida diaria de los habitantes.

- 3. Por otra parte, el numeral 79 de la Norma Suprema dispone la libertad de enseñanza permitiendo tanto la iniciativa privada como la estatal por medio de los artículos 80 y 84.
- 4. El internado universitario de los estudiantes de Medicina se considera un requisito de su formación profesional, por ello se encuentra contemplado en los programas académicos de las universidades y señalado en el artículo 7, de la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, como requisito de incorporación.
- 5. Como se desprende de lo indicado supra, son las universidades las responsables de dotar de espacios a los estudiantes para realizar el internado rotatorio no obstante, al no contar con centros asistenciales universitarios u hospitales universitarios, la Caja ha autorizado el uso de espacios de formación a través de sus centros asistenciales.
- 6. Lo anterior sin dejar de observar que, la responsabilidad de la excelencia académica en procura del resguardo de la prestación pública al servicio de salud encomendada a esta noble institución y el proceso de selección de los estudiantes quienes se destacaran en los espacios definidos por la Caja, debe ser asumida por las entidades educativas.
- 7. Si bien a la Caja Costarricense de Seguro Social no le corresponde la función académica, es responsable de velar porque los procesos de enseñanza aprendizaje de profesionales en medicina que se realizan en las unidades docentes autorizadas de la Institución, garanticen en todo momento el cumplimiento de la normativa institucional resguardando y protegiendo a los usuarios.

Partiendo de lo expuesto a continuación se presenta la propuesta de ingreso y uso de los campos docentes destinados al internado rotatorio universitario.

Propuesta para el ingreso y la utilización de campos docentes de internado universitario en la CCSS

El Consejo Superior de Campos Docente, en la sesión del martes 28 de junio de los corrientes, celebrada en las instalaciones del CENDEISSS, entre las 8 y las 10:00 am, propuso el siguiente método para la utilización de los campos docentes para el internado universitario con la finalidad de salvaguardar los derechos de los usuarios y la calidad de la atención:

1. Selección de los estudiantes que ingresarán al internado universitario

Los requisitos para el ingreso al internado universitario son los siguientes:

- ✓ Ser estudiante regular activo de un programa académico de licenciatura en Medicina.
- ✓ No haber sido sancionado por faltas graves disciplinarias durante la carrera.
- ✓ Aprobar un examen de conocimientos generales avalado por la Caja.
- ✓ Haber concluido o estar finalizando todos los cursos de la carrera previos al internado, para lo cual deberá aportar certificación de la universidad.

✓ Tener aprobados todos los cursos de la carrera correspondiente previo al inicio del internado, para lo cual deberá aportar certificación de la universidad.

Sobre el examen de ingreso al internado

Siendo que se trata de un asunto académico que corresponde a las universidades, públicas o privadas, pues son éstas las responsables de la calidad académica de sus estudiantes, la CCSS plantea la realización un examen que sea aplicado por un ente externo con experiencia internacional en este tipo de pruebas.

El examen, mecanismo ya se aplica en otros sistemas de salud, será único para todas las universidades que pretenden un campo clínico para el desarrollo del internado en medicina en la Caja. Este instrumento se aplicará una vez al año, en el mes de noviembre para el ingreso en enero del siguiente año.

Para lo anterior, se propone la prueba denominada International Foundations of Medicine (IFOM) adaptada a Costa Rica, la cual ha sido aplicada con éxito en países latinoamericanos como Argentina, Paraguay, Brasil, Chile y Panamá.

En caso de aplicarse en Costa Rica el IFOM, se sugiere la conformación de una comisión de enlace con el ente evaluador integrada por el Colegio de Médicos y Cirujanos, el Ministerio de Salud, la CCSS, el Ministerio de Educación Pública representado por el CONARE y el CONESUP y las universidades bajo el principio de una participación igualitaria.

En este proceso la CCSS está dispuesta a apoyar los esfuerzos para la constitución y consolidación de este mecanismo. En ejercicio de su responsabilidad formativa, las universidades deberán asumir como responsables de los costos de implementación de la prueba, la cual deberá de ser avalada por la Caja antes de su aplicación.

Para las carreras de Farmacia y Microbiología se utilizará una prueba elaborada y coordinada por los Consejos de Educación Permanente de la CCSS, de esas disciplinas.

2. Distribución de los campos clínicos

Los campos clínicos para el internado rotatorio se distribuirán entre todos los estudiantes que cumplan los requisitos definidos en el punto 1. de la presente propuesta de manera aleatoria, según la capacidad instalada.

La distribución de los campos clínicos será anual, considerando los cinco bloques que conforman el año de internado.

3. Programa de Internado Rotatorio Universitario Único

Con el propósito de fortalecer la supervisión y el seguimiento de los campos docentes por parte de la Caja, a fin de velar por el respeto de los derechos de los usuarios, su seguridad, los internos universitarios deben cumplir el programa de internado

universitario único elaborado por las universidades, acorde con el plan de estudios y los contenidos académicos de la carrera.

Este programa incluye dentro del modelo de evaluación, la aplicación de un examen colegiado por todas las universidades al finalizar cada bloque del internado. La ponderación y la calificación de los exámenes corresponden a la universidad".

En consecuencia, quedan modificados, en lo que se opongan a esta disposición, las resoluciones adoptadas en el artículo 15° de la sesión N° 7587 del 4 de octubre del año 2001 y en el artículo 4° de la sesión N° 8094, del 27 de septiembre del año 2006.

- 2) Instruir al CENDEISSS para que proceda a socializar con las universidades la metodología de selección de estudiantes propuesta por la Institución en el documento que queda constando en la correspondencia del acta de esta sesión, que permita estandarizar dicho proceso, bajo la competencia académica que les corresponde.
- 3) Instruir al CENDEISSS para que mantenga un monitoreo y evaluación permanente del proceso de asignación de campos docentes para la realización del internado rotatorio universitario en instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro y que informe a la Junta Directiva en forma oportuna.

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

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

ARTICULO 25°

Por unanimidad de los presentes, **se declara la firmeza** de los acuerdos adoptados en relación con la correspondencia aprobada en los artículos de esta sesión que van del 5° al 10° y del 12° 18°.

En el caso del artículo 12º el Director Devandas Brenes vota negativamente; los demás señores Directores votan en forma positiva. Por tanto, lo resuelto se adopta en firme.

ARTICULO 26°

ACUERDO PRIMERO: se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente Nº 19.549*, texto sustitutivo Proyecto "Ley De Reforma Del Consejo Nacional Enseñanza Superior Universitaria Privada (CONESUP)", que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota Nº PE-1267-2016, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación del 27 de abril anterior, número CTE-16-2016, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Especial de Ciencia Tecnología de la Asamblea Legislativa.

Se recibe el criterio de la Gerencia Médica en el oficio N° GM-SJD-14284-2016 del 27 de junio en curso y, en virtud del análisis que debe realizar a efecto de dar respuesta, la Junta Directiva –

unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días más para dar respuesta.

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

ACUERDO SEGUNDO: se tiene a la vista la consulta en cuanto al *Expediente Nº 19.288, Proyecto PREVENCIÓN, ELIMINACIÓN, SANCIÓN DEL RACISMO Y DE TODA FORMA DE DISCRIMINACIÓN"*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota Nº PE-0976-2016, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación de fecha 5 de abril anterior, Nº DH-229-2016, suscrita por la Lida. Flor Sánchez Rodríguez, Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio número GM-AJD-14277-2016 del 27 de junio del año 2016, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de este modo:

"La Gerencia Médica ha recibido solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante, a fin de contar con criterios técnicos respectivos según el protocolo institucional, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles, a fin de atender la consulta de forma integral",

y la Junta Directiva, por lo expuesto y acogida la recomendación de la Gerencia Médica – unánimemente- **ACUERDA** solicitar a la consultante una prórroga 15 (quince) días hábiles más para dar respuesta.

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

ACUERDO TERCERO: se tiene a la vista la consulta relacionada con el *Expediente Nº 19.781, Proyecto "REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS"*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota número PE-0653-2016, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa copia de la comunicación Nº DH-212-2016, fechada 07 de marzo anterior, suscrita por la Jefa de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio número GM-AJD-14287-2016 del 27 de junio del año 2016, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de este modo:

"La Gerencia Médica ha recibido solicitud de criterio respecto al proyecto de ley indicado en el epígrafe, no obstante, a fin de contar con criterios técnicos respectivos según el protocolo institucional, se solicita muy respetuosamente una prórroga de 15 días hábiles, a fin de atender la consulta de forma integral",

y la Junta Directiva, por lo expuesto y acogida la recomendación de la Gerencia Médica –por unanimidad- **ACUERDA** solicitar a la consultante una prórroga 15 (quince) días hábiles más para dar respuesta.

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

ACUERDO CUARTO: se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente Nº 19.123*, *Proyecto "TRANSPARENCIA DE LAS CONTRATACIONES ADMINISTRATIVAS POR MEDIO DE LA REFORMA DEL ARTÍCULO 40 Y DE LA INCLUSIÓN DE UN ARTÍCULO 40 BIS DE LA LEY N.º 7494*, *LEY DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA*, *DE 2 DE MAYO DE 1995 Y SUS REFORMAS. (ORIGINALMENTE DENOMINADO): TRANSPARENCIA DE LAS CONTRATACIONES ADMINISTRATIVAS POR MEDIO DE LA REFORMA DEL ARTÍCULO 40 DE LA LEY Nº 7494*, *CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA*, *DE 2 DE MAYO DE 1995 Y SUS REFORMAS"*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota número PE-1903-2016, fechada 23 de junio del año en curso, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación número CPII-009-2016, del 23 de junio en curso, que firma la Jefa de Área Comisión Permanente de Asuntos Sociales, de la Asamblea Legislativa.

CONSIDERANDO QUE:

- Tal y como se ha citado, la solicitud de atención del Proyecto de ley referido fue recibida por la Secretaría de la Junta Directiva el jueves 23 de junio del año 2016, siendo que se solicitó criterio a la Gerencia de Logística el 24 de junio del año en curso, mediante el oficio N° JD-PL-0021-16.
- 2) De acuerdo con el protocolo de atención de Proyectos de ley suscrito por la Gerencia Administrativa y que consta en la nota N° GA-46864-14 del 29 de octubre del año 2014, dicho Proyecto de ley fue trasladado a la asesoría legal de la Gerencia de Logística, para su debido análisis y recomendación. Luego del análisis correspondiente de la asesoría legal de dicha Gerencia, mediante el oficio número ALGL-078-2016, de fecha 28 de junio del año 2016, el Lic. Minor Jiménez Esquivel remitió su criterio al despacho de la Gerencia de Logística.
- 3) Una vez recibido el criterio legal referido, la Gerencia de Logística mediante el oficio número GL.44-026-2016, fechado 28 de junio del 2016, lo remitió para su respectivo análisis y aval jurídico a la Dirección Jurídica institucional.
- 4) Mediante el oficio número DJ-03959-2014 del 29 de junio del año 2016, la Dirección Jurídica otorga su aval al criterio antes señalado y lo devuelve a la Gerencia de Logística, para su posterior envío a la Junta Directiva.
- 5) A través del oficio número GL-44.049-2016 del 30 de junio del año 2016, la Gerencia de Logística hace entrega de los criterios consolidados de la asesoría legal de su despacho y de la Dirección Jurídica a la Junta Directiva.

Por tanto, en vista de que la Comisión consultante otorgó un plazo de ocho días hábiles para el pronunciamiento respectivo acerca del Proyecto de ley referido (plazo que vence el 05 de julio del año 2016), por las razones cronológicas mencionadas y dada la complejidad e importancia que reviste el análisis, por de parte de este Órgano colegiado, acerca del tema en cuestión, la Junta Directiva —en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante una prórroga

para la remisión de la respuesta para el 08 de julio del año 2016 (es decir, tres días hábiles adicionales al plazo original), con el propósito que en la sesión del 07 de julio del año en curso, se puedan tomar los acuerdos correspondientes, para comunicarlos a la Comisión Permanente de Asuntos Sociales.

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

ACUERDO QUINTO: se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente Nº 18.867 Proyecto "Ley del servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena"; texto sustitutivo*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota Nº PE-1681-2016, fechada 3 de junio en curso, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación número CSN-47-2016, del 2-6-18, que firma la Jefa de Comisión, Comisión Permanente Especial de Seguridad y Narcotráfico de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio con las Gerencias Médica y Financiera coordinar lo correspondiente y remitir el criterio unificado.

Se ha recibido el oficio número GF-53.045-2016, del 30 de junio del año 2016, que firma el Gerente Financiero y literalmente se lee de este modo:

"Mediante el oficio JD-PL-0017-16 del 07 de junio de 2016, se solicita a las Gerencias Médica y Financiera emitir criterio respecto al proyecto de ley denominado "Ley del servicio penitenciario nacional y de acceso a la justicia para la ejecución de la pena" y tramitado bajo el expediente N° 18.867, debiendo esta última unificar los criterios correspondientes para la sesión del 16 de junio de 2016.

En ese sentido, por oficio GF-52.787-2016 del 08 de junio de 2016, se solicita prórroga a fin de que el criterio requerido sea puesto en conocimiento de la Junta Directiva, en la sesión ordinaria del 23 de junio de 2016, extendiéndose dicho plazo al 30 de junio.

No obstante, aún este despacho gerencial no cuenta con los criterios técnicos necesarios para emitir el criterio solicitado y por consiguiente, se le solicita una prórroga de cinco (05) días hábiles más, con el propósito de que éste sea conocido por el pleno el 07 de julio de 2016.

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

y la Junta Directiva, por lo expuesto y acogida la recomendación de la Gerencia Financiera —en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la consultante una prórroga cinco días hábiles más para dar respuesta.

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

ACUERDO SEXTO: se tiene a la vista la consulta en cuanto al *Expediente N° 19.687, proyecto* "AUTORIZACIÓN A LA MUNICIPALIDAD DEL CANTÓN DE GOICOECHEA PARA QUE

DESAFECTE UN INMUEBLE DE SU PROPIEDAD, PARA CONSTRUIR UN EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, EBAIS DE CALLE BLANCOS, GOICOECHEA", que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota número PE-1914-2016, fechada 24 de junio del año en curso, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación número CG-013-2016, del 24 de junio del año 2016, que firma 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 N° GIT-3992-2016 del 28 de junio en curso, y la Junta Directiva, dado el análisis que al efecto debe realizar –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Comisión consultante un plazo de ocho días más para contestar.

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

ARTICULO 27°

En vista de que el licenciado Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, asistirá, como participante y ponente en la sesión, al Primer Encuentro de la Red Conjunta de los Sistemas de Salud de la OCDE para América Latina y el Caribe sobre la Sostenibilidad Financiera de los Sistemas de Salud-Mejorando el Diálogo, que tendrá lugar en Bogotá, Colombia, los días 7 y 8 de julio del año 2016, la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA q**ue el Gerente de Pensiones asuma temporalmente, del 6 al 9 de julio próximo, las funciones de la Gerencia Financiera.

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 28º

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

I) Gerencia de Logística.

Contratación administrativa; para decisión:

- a) Atención artículo 19°, sesión N° 8851 del 23-06-16: se solicitó información adicional: propuesta adjudicación procedimiento N° 2015LN-000028-05101, insumos varios para odontología, a través de la plataforma electrónica Compr@red, por un monto estimado de \$3.502.316,51 (tres millones quinientos dos mil trescientos dieciséis dólares con 51/100). (Ref.: GL-43977-2016).
- b) Oficio N° GL-44020-2016 de fecha 24 de junio del año 2016: propuesta aplicación del artículo 201 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa: contrato adicional, en el caso de la licitación pública N° 2010LN-00006-1142: ítem único: pruebas para la determinación de Hemoglobina glicosilada (HBA 1C), código 2-88-63-0075, a favor de Diagnósticos de Alta

Tecnología DATSA S. A., oferta nacional, que fue adjudicada en el artículo 22°, sesión N° 8527 del 25-08-2011.

II) Gerencia Administrativa: para decisión.

a) Oficio Nº GA-48206-2016 de fecha 22 de junio de 2016: atención artículo 15°, sesión N° 8841 del 5-05-2016: informe solicitud realizada por la Cámara Nacional de Agricultura y Agroindustria respecto al Reglamento del Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa.

III) Gerencia de Pensiones: para decisión.

- a) Oficio GP-57.545-16 del 17 de junio del 2016: Análisis Técnico-Actuarial y Legal de las observaciones presentadas, en virtud de la consulta pública de la propuesta de reforma a los artículos 5°, 24°, 29°, 33°, Transitorio XI y adición de un Transitorio XV al Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte".
- b) Oficio N° GP-41.588-16/GF-50.802-16 de fecha 10 de junio de 2016: solicitud aprobación del cambio de la Metodología del Registro contable de las amortizaciones y descuento de las inversiones de línea recta a tasa de interés efectiva en las inversiones del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

IV) Gerencia Financiera: para decisión:

a) Oficio Nº GF-52.233 de fecha 17 de mayo de 2016: presentación estados financieros auditados del Seguro de Salud al 31 de diciembre de 2015.

V) Gerencia Infraestructura y Tecnologías.

a) Asunto de carácter informativo: oficio Nº GIT-3736-2016 fechado 6 de junio del 2016: atención artículo 5º, sesión Nº 8841 del 05-05-16: presentación criterio técnico de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería en relación con los estudios realizados al terreno para construir el nuevo Hospital de Cartago.

VI) Proposiciones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:

- a) Asunto de carácter informativo: oficio N° P.E.1896-2016 de fecha 23 de junio de 2016: nuevo diseño del Plan Estratégico Institucional 2015-2018; se atiende lo solicitado en el artículo 22°, apartado 5, sesión N° 8818: se acordó: Instruir a la Presidencia Ejecutiva y a las Gerencias para que inicien un proceso de divulgación del citado Plan Estratégico Institucional.
- **b)** Asunto de carácter informativo: oficio Nº P.E.1906-2016 de fecha 23 de junio de 2016: informe en relación con la participación en las actividades programadas en el II Foro Latinoamericano Salud realizado en México D.F., los días 14 y 15 de junio del presente año.

VII) Dirección de Planificación Institucional: asuntos para decisión.

- a) Oficio N° PE-1116-2016, firmado por la Presidenta Ejecutiva: se solicita prescindir presentación del informe remitido con nota N° PE47548-15 del 16-11-15 (atención artículo 26°, sesión N° 8764: informe sobre metas insuficientes del Plan Anual Institucional) y abocarse a lo dispuesto en artículo 6, Ac. III, sesión N° 8825: ello por cuanto se pidió una revisión metas institucionales en un plazo de dos meses y un plan para resolver cumplimiento metas en un plazo de un mes. El informe y plan requeridos se presentarán junto con informe seguimiento Plan presupuesto institucional del I semestre 2016, en el mes de julio 2016.
- **b)** *Solicitud plazo:* oficio N° DPI-092-16, del 22-1-16: "Acuerdos de Junta Directiva pendientes con corte al 31 de enero de 2016". Nota: este informe actualiza el presentado por medio de la comunicaciones números P.E.-25.951-15 de fecha 22 de abril de 2015; DPI-356-15 y DPI-531-15; asunto para decisión.

Anotación: por medio del oficio del 29-3-16, N° DPI-145-16, el Director de Planificación Institucional solicita un plazo mínimo de dos meses, para remitir el informe actualizado, dado que deben corregir algunas inconsistencias detectadas; se prevé que el 17-6-16 se enviará informe actualizado para ser agendado y conocido por la Junta Directiva.

c) Oficio N° DPI-186-16, de fecha 18 de abril del año 2016: informe ejecutivo del IGIS "Índice de gestión Institucional período 2013-2015" (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

VIII) Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.

a) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:

- a.1 Revisión de situación del Régimen de Cesantía en la CCSS para ajustarlo a la ley y del régimen de pluses salariales en la CCSS para viabilizar los ajustes necesarios para el fortalecimiento de la equidad y de la sostenibilidad financiera institucional.
- a.2 Moción en relación con la descripción específica de competencias de la Gerencia Administrativa de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Anotación: oficio N° P.E. 0151-16, fechado 20 de enero del 2016, firmado por la señora Presidenta Ejecutiva: análisis moción.

b) Planteamientos del Director Gutiérrez Jiménez:

b.1 Sostenibilidad financiera.

Por medio de la nota N° 56.237 se solicitó al Gerente Financiero el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

b.2 Modelo salarial. Nuevas Alternativas.

Por medio de la nota N° 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

- b.3 Modelo de Servicio.
- b.4 Sostenibilidad Financiera del Régimen de IVM. Nuevas medidas.

Por medio de la nota N° 56.239 se solicitó al Gerente de Pensiones el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

b.5 Tema referente a la productividad.

Por medio de la nota N° 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

c) Mociones planteadas por el Director Devandas Brenes:

c.1 Moción N° 1:

Solicitar a las Gerencias presentar en un plazo de tres meses una propuesta para llegar a un acuerdo con Correos de Costa Rica a efecto de lograr la distribución domiciliar o en los respectivos centros de trabajo, los medicamentos a los pacientes con enfermedades crónicas.

La Gerencia Médica establecerá las restricciones pertinentes atendiendo la naturaleza de los medicamentos.

Moción Nº 2:

Instruir a la Gerencia Médica para que llegue a acuerdos con los colegios profesionales que instalen consultorios de atención a médicos para sus agremiados. Tales servicios se realizarán en el marco de las regulaciones establecidas en el Reglamento de Médicos de Empresa.

- **c.2** Solicitud para que la Gerencia Financiera presente el informe referente al proceso de conciliación con la Conferencia Episcopal (aseguramiento sacerdotes).
- **c.3.** Solicitud para que la Gerencia Médica presente el informe referente a la investigación relacionada con la vacuna del papiloma:
 - 1) ¿En qué consiste esa investigación?
 - 2) ¿Si alguna instancia de la CCSS la ha conocido?
 - 3) ¿En qué grado está involucrada la CCSS en esa investigación?

4) ¿Si accederán los investigadores a la información clínica de las pacientes que participarán en tal investigación?

d) Planteamientos de la Directora Alfaro Murillo:

- **d.1** Informe COMISCA.
- **d.2** Tarifario de procedimientos médico quirúrgicos. Versión junio 2016.

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