

Jueves 22 de septiembre de 2016

N° 8864

Acta de la sesión ordinaria número 8864, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 22 de septiembre de 2016, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Ing. Alfaro Murillo, Lic. Alvarado Rivera; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Alvarado Rivera informó que retrasará su llegada a esta sesión.

La Directora Alfaro Murillo retrasará su llegada a esta sesión.

Licenciado Juan Luis Bermúdez Madriz, Asesor de la Presidencia Ejecutiva.

#### **ARTICULO 1°**

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

#### **ARTICULO 2°**

Se somete a aprobación la agenda distribuida para la sesión de esta fecha, que seguidamente se transcribe en forma literal:

**I. Comprobación de quórum.**

**II. Aprobación agenda.**

**III. Meditación a cargo del Director Alvarado Rivera.**

**IV. Aprobación actas de las sesiones números 8852 y 8853.**

**V. Correspondencia.**

**VI. Gerencia Médica: *asuntos para decisión.***

**a) Oficio GM-SJD-17733-2016:** corrección error material en la adjudicación realizada por la Junta Directiva (artículo 16°, sesión N° 8798 del 8-09-2015), de la Compra Directa N°2014CD-000276-2101 para la adquisición de insumos de hemodinamia del Hospital Calderón Guardia.

**b) Oficio N° GM-SJD-17079-2016:** propuesta de fortalecimiento integral para la gestión de trasplante hepático en la Caja Costarricense de Seguro Social.

**c) Proyecto de ley: atención artículo 5°, sesión N° 8863 del 19-09-16:** *se solicitó con base en las observaciones redacción final en relación con el Proyecto de ley Expediente*

N° 19.537, “*LEY PARA PROTEGER A LA MUJER EMBARAZADA Y SANCIONAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA*”.

*Asuntos informativos:*

- d) **Oficio N° GM-SJD-17076-2016:** informe del estudio de costo efectividad de la vacuna contra el Rotavirus.
- e) **oficio N° GM-SJD-17431-2016:** informe pacientes lista de espera por procedimientos cardíacos en los Hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia.

**VII. Gerencia de Logística.**

**VIII. Gerencia Administrativa.**

**IX. Gerencia Financiera:**

*Asunto para decisión*

- a) **Oficio N° GF-54428-2016** de fecha 19 de setiembre de 2016: solicitud aprobación proyecto *-Plan-Presupuesto Institucional de la CCSS para el año 2017 por un total de \$3,424,842.2 millones, correspondiendo al Seguro de Salud (63.0%), Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (32.7%) y al Régimen no Contributivo (4.3%).*

*Asunto informativo:*

- b) **Oficio N° GF-53.792-2016,** de fecha 22 de julio de 2016: presentación Informe de morosidad patronal, trabajador independiente y Estado al II trimestre de 2016.

**X. Gerencia de Pensiones:**

*Asuntos informativos:*

- a) **Oficio N° GP-59.032-16** del 22 de agosto del 2016: presentación cartas de gerencia, Auditoría Externa, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, Régimen no Contributivo y Tecnologías de Información.
- b) **Oficio N° GP-58.598-16** del 23 de agosto del 2016: presentación “Informe de recaudación y cobro en relación con el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador para los períodos 2013, 2014 y 2015.
- c) **Oficio N° GP-58.799-2016** de fecha 8 de setiembre de 2016: informe sobre otorgamiento de las pensiones por invalidez en la CCSS a diciembre-2015 y de tiempos de respuesta a junio-2016.

**XI. Gerencia Infraestructura y Tecnologías: asuntos para decisión:**

- a) **Contratación administrativa:**

- a.i **Oficio N° GIT-4066-2016** de fecha 6 de julio de 2016: propuesta declaratoria de infructuosa licitación pública 2015LN-000001-4402, promovida para la adquisición de terreno para la construcción y equipamiento del Centro de Almacenamiento y Distribución de la CCSS.
- a.ii **Oficio N° GIT-4370-2016** de fecha 12 de setiembre de 2016: propuesta adjudicación licitación abreviada N° 2016LA-000001-1107, promovida para la adquisición del servicio de sostenibilidad para la gestión del desarrollo y mantenimiento de soluciones móviles, para el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y otros intereses de la CCSS”, a favor de la oferta N° 01, oferta nacional, SOIN, Soluciones Integrales S. A.
- b) **Oficio N° GIT-4307-2016** de fecha 22 de agosto de 2016: denuncia por presunto acoso laboral interpuesta por la señora exfuncionaria Diandra Chevez Castro (24°, 8856).

*Asunto informativo:*

- c) **Oficio N° GIT-4321-2016** de fecha 1° de setiembre de 2016: atención artículo 45°, sesión N° 8856 del 28-07-2016: informe sobre estado situación del jaqueo que se produjo en el SICERE (Sistema Centralizado de Recaudación).

**XII. Auditoría.**

**XIII. Propositiones y asuntos por presentar por parte de la señora Presidenta Ejecutiva, entre otros:**

*Asuntos para decisión:*

- a) **Oficio N° P.E.-2434-2016** fechado 10 de agosto de 2016: propuesta modificación parcial al Reglamento de Juntas de Salud, aprobado en el artículo 18° de la sesión N° 7825 celebrada el 15-01-04: **sustitución de “Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud” por Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud** que es la instancia designada para accionar en temas de Junta de Salud.
- b) **Oficio N° P.E.-2422-2016** fechado 9 de agosto de 2016: invitación a la señora Presidenta Ejecutiva para que participe en la **36° del Consejo de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS)**, que se celebrará con ocasión de la 32° Asamblea General en la Ciudad de Panamá, del 14 al 18 de noviembre de 2016.

*Asuntos de carácter informativo:*

- c) **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 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.*

- d) Oficio Nº P.E.2411-2016** de fecha 9 de agosto de 2016: participación en “*Third in-person meeting of Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain control*” (Tercera Reunión presencial de la Comisión LANCET en el acceso mundial a los cuidados paliativos y control del dolor) que se realizó en Cuernavaca, México.

**XIV. Dirección de Planificación Institucional: asuntos para decisión.**

- a) Solicitud plazo: oficio Nº 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 las comunicaciones números P.E.-25.951-15 de fecha 22 de abril de 2015; DPI-356-15 y DPI-531-15.

*Anotación: por medio del oficio del 29-3-16, Nº 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.*

- b) Oficio Nº 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.

**XV. Proposiciones y asuntos varios de los señores Directores.**

**1. Seguimiento al oficio de la Presidencia Ejecutiva (sin número) de fecha 4 de mayo del año 2016:**

- a) Solicitud de presentación inmediata a la JD de informe actualizado sobre lo actuado por las Gerencias de la Caja en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley de Control Interno: Ref: Oficio Nº55.838 de la Presidencia Ejecutiva.
- b) Informe de cumplimiento y estado actual de situación de lo resuelto por la Junta Directiva en relación con el oficio Nº GL-43.704-2016 sobre Proyecto Evaluación independiente de eficiencia en la contratación pública para la CCSS.
- c) Presentación inmediata a la Junta Directiva del informe solicitado a las Gerencias Médica, Administrativa y el Director de Planificación Institucional sobre *Propuesta de un programa nacional de promoción de actividad física y estilo de vida saludable.*
- d) Presentación a la Junta Directiva, a la mayor brevedad, de informe de avance sobre el Plan de innovación para la mejora de la gestión financiera-administrativa de la Caja basado en soluciones tecnológicas y a la articulación de dicho plan con el proceso de reestructuración del nivel central de la CCSS.

- e) Presentación a Junta Directiva de la propuesta final para resolución del proyecto de reforzamiento del edificio Laureano Echandi.
- f) Presentación a Junta Directiva de la propuesta final ajustada de Proyecto de torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios.
- 2) Propuesta de resolución final sobre la situación de los Agentes del INS (Instituto Nacional de Seguros) y regularización de los adeudos de esa institución con la CCSS por este concepto.
- 3) Informe de situación actual de adeudos del Estado con la CCSS (considerando el pago a efectuarse mediante crédito con el Banco Mundial) y estrategia y acciones de recuperación.
- 4) Informe actualizado a la Junta Directiva de la Contraloría de Servicios de la CCSS.
- 5) Presentación a Junta Directiva de los resultados del Estudio sobre situación de la adolescencia en Costa Rica, realizado por el Hospital Nacional de Niños, en relación con las Clínicas de la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 6) Revisión de la situación actual del Régimen de pago de la Cesantía en la CCSS y resolución para ajustarlo conforme a lo dispuesto por la ley y en procura de la sostenibilidad financiera institucional.
- 7) Propuesta para revisar las funciones, atribuciones y responsabilidades de las Gerencias de la Caja y determinar los instrumentos y procedimientos de evaluación periódica del desempeño de los gerentes.
- 8) Moción para que, conforme con lo establecido en el Reglamento de Puestos de Confianza, se resuelva de inmediato, la contratación de la asesoría legal y la asesoría financiera requerida por la Junta Directiva de la CCSS.

**C) Planteamientos del Director Gutiérrez Jiménez:**

c.1 Sostenibilidad financiera.

Por medio de la nota Nº 56.237 se solicitó al Gerente Financiero el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

c.2 Modelo salarial. Nuevas Alternativas.

Por medio de la nota Nº 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

c.3 Modelo de Servicio.

c.4 Sostenibilidad Financiera del Régimen de IVM. Nuevas medidas.

Por medio de la nota Nº 56.239 se solicitó al Gerente de Pensiones el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

*Anotación: el Gerente de Pensiones presenta el oficio Nº GP-60.745-2016 del 31-08-2016.*

c.5 Tema referente a la productividad.

Por medio de la nota Nº 56.238 se solicitó al Gerente Administrativo el abordaje del asunto y presentar a la Junta Directiva la información pertinente.

c.6 Solicitud informe en relación con pacientes en lista de espera por procedimientos cardíacos y medidas tomadas para minimizar el riesgo en su salud.

*Anotación: la Gerente Médico presenta el informe en el oficio Nº GM-SJD-17431-2016 del 30-08-2016.*

**D) Mociones planteadas por el Director Devandas Brenes:**

**d.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.

**d.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?

**Anotación:** por medio del oficio del 6-7-16, N° GM-AJD-14831-2016, la Gerente Médico atiende lo solicitado por el Director Devandas Brenes.

**E) Planteamiento Directora Alfaro Murillo:** informe COMISCA.

El Director Barrantes Muñoz hace la observación de que los puntos contenidos en el apartado A) de sus propuestas ya están contenidos en el resumen del apartado B), de manera que se procede, en forma inmediata a hacer esa corrección.

El Director Devandas Brenes refiere que ha tenido la oportunidad de leer información relacionada con el Proyecto Hidroeléctrico Reventazón que ha sido construido por el ICE (Instituto Costarricense de Electricidad) y solicita que la Junta Directiva le envíe un reconocimiento.

La señora Presidenta Ejecutiva sugiere que se trate el tema cuando se hayan integrado los otros señores Directores, con lo cual coinciden los Directores presentes.

Con las anteriores observaciones **se da por aprobada** la agenda en referencia.

**ARTICULO 3°**

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

**ARTICULO 4°**

Se someten a revisión y **se aprueban** –por unanimidad de los presentes- las actas de las sesiones números 8852 y 8853.

**ARTICULO 5°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número **GA-49425-2016**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

Ingresa al salón de sesiones los licenciados Mario Cajina Chavarría, Jefe del Área de Gestión Judicial, y Andrey Quesada Azucena, Abogado de la Dirección Jurídica.

**ARTICULO 6°**

Se tiene a la vista la nota número DJ-5264-2016, del 14 de setiembre del año 2016, suscrita por los licenciados Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico; Mario Cajina Chavarría, Jefe del Área de Gestión Judicial, y Andrey Quesada Azucena, Abogado de la Dirección Jurídica, que contiene el criterio relativo a la propuesta de conciliación en el proceso número 13-000395-1027-CA demanda ordinaria de la Asociación Costarricense de Facultades y Escuelas de Medicina (ACOFEMED) y la Universidad Latina de Costa Rica contra la Caja /*consiste en un proceso de conocimiento mediante el cual debe dilucidarse si la Caja tiene o no obligación de otorgar becas a los estudiantes universitarios de último año (internos), y si tiene el derecho o no de cobrar el*

*campo clínico a las universidades privadas*/. El citado oficio textualmente se lee en estos términos:

“En atención a la resolución de las quince horas cincuenta y un minutos del diez de agosto del dos mil dieciséis, dictada por el Tribunal Procesal Contencioso-Administrativo y Civil de Hacienda, del Segundo Circuito Judicial en el Expediente Nº 13-000395-1027-CA planteado por la Asociación Costarricense de Facultades y Escuelas de Medicina (ACOFEMED) y la Universidad Latina de Costa Rica contra la Caja Costarricense de Seguro Social, se rinde análisis y recomendación respecto a propuesta preliminar en etapa de conciliación, aclarando de antemano, que el tema que se somete a conocimiento de la Junta Directiva, no constituye el objeto de la conciliación, sino una decisión instrumental para continuar la negociación en el proceso, dado que por la especialidad del tema y la situación particular, el mismo Tribunal Contencioso lo ha considerado necesario.

## **I - SINOPSIS DEL PROCESO Y DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA INSTRUMENTAL REQUERIDA.**

La controversia se discute en la vía ordinaria, consiste en un proceso de conocimiento mediante el cual debe dilucidarse si la Caja tiene o no obligación de otorgar becas a los estudiantes universitarios de último año (internos), por otra parte se discute si la Caja tiene o no derecho a cobrar el campo clínico a las Universidades Privadas.

El proceso se encuentra en etapa de conciliación, la parte actora manifiesta su intención de desistir la pretensión relacionada con el tópico de las becas, en el tanto se pueda llegar a un acuerdo satisfactorio con relación al tema del cobro de campos clínicos. No obstante, a la fecha la Caja no ha establecido en definitiva el valor del campo docente, de manera lógica el proceso de conciliación no podría continuar, hasta tanto la Caja conozca cuanto debe cobrar por campo clínico y en contraposición cuanto deben pagar las universidades.

Es importante indicar que la parte actora del proceso, no ha declinado la posibilidad de reconocer el pago de campos clínicos vía conciliación, no obstante indican que es indispensable tener el precio final; por lo que en aras de poder continuar negociaciones tendientes a una solución alternativa del conflicto, es que en audiencia de conciliación, fue propuesto que la Caja conforme una comisión que en un plazo razonable y previamente definido, determine el precio de un campo clínico de internado universitario, esta comisión se propone, sea interdisciplinaria y que se dé participación a una representación de los demandantes, con la finalidad que puedan hacer llegar información de interés que coadyuve con la determinación del precio; esto como primera acción, luego de la cual se valorará continuar con la etapa de conciliación.

Dejamos claro que la decisión que se somete a conocimiento de la Junta Directiva, no constituye el cierre o finalización del proceso de conciliación, sino, únicamente una decisión instrumental, que conlleva la autorización para continuar la etapa, esto por así requerirlo el Despacho Judicial.

## **II. ANTECEDENTES DE TRÁMITE Y ESTADO PROCESAL DEL LITIGIO.**

En el presente aparte, se resume de la manera más concisa, acciones relevantes de la tramitación del litigio, concluyendo con la mención del estado procesal actual del caso.

1. Por escrito presentado el 22 de enero del 2013 ante la Jurisdicción Contencioso Administrativa, la Asociación Costarricense de Facultades y Escuelas de Medicina y otros, interpone proceso ordinario contencioso administrativo y solicitud de medida cautelar en contra de la Caja, cuyas pretensiones principales son:
  - *Que se anulen los actos y actuaciones de la CSSS de cancelación o suspensión de “becas” a los estudiantes internos.*
  - *Que se anule la reforma del artículo 25 del Reglamento de la Actividad Clínica Docente en la CCSS.*
  - *Que en consecuencia se declare que la Caja no tiene derecho al cobro de campo clínicos y que en caso de que haya hecho efectivo algún cobro deberá devolverlo con los intereses de ley.*
  - *Que se declare invalidez sobreviniente del Convenio marco entre la Caja y la UCR en cuanto exonera el costo del campo clínico.*
  - *Que se condene en costas.*

La pretensión cautelar es la siguiente:

- *“...se conceda inmediata suspensión de efectos de las disposiciones impugnadas, sea la eliminación de las “becas” y la reforma al 25.2 del Reglamento de la Actividad Clínica Docente en la CCSS.”*
2. Mediante resolución de las quince horas y veinte minutos del veintidós de enero del dos mil trece, el Tribunal Contencioso Administrativo, in audita altera parte, acoge la solicitud con carácter provisionalísimo y otorga a la Institución audiencia por tres días.
  3. Por escrito presentado ante el Tribunal Contencioso Administrativo, la representación judicial de la Caja se opone a la solicitud y peticona la revocatoria de la medida provisionalísima y el rechazo de la medida cautelar.
  4. Mediante resolución 804-2013 de las catorce horas del veinticuatro de abril del dos mil trece, el Tribunal Contencioso Administrativo, revoca la medida provisionalísima y rechaza la solicitud de la parte actora.
  5. Mediante resolución 434-2013 del 24 de julio del 2013, el Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo, anuló la resolución 804-2013 por violaciones formales atribuibles al Tribunal Contencioso Administrativo, cobrando vigencia nuevamente la medida provisionalísima.

6. Mediante resolución 2204 -2013 del quince de octubre del 2013 el Tribunal Contencioso Administrativo, nuevamente revoca la medida provisionalísima y rechaza la solicitud de la parte actora.
7. Mediante voto 069-2014 del 25 de febrero del 2014, el Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo, anuló la resolución 804-2013 por violaciones formales atribuibles al Tribunal Contencioso Administrativo, cobrando vigencia nuevamente la medida provisionalísima.
8. Mediante resolución de las once horas treinta y nueve minutos del doce de mayo del dos mil catorce, el Tribunal Contencioso Administrativo convoca a las partes a audiencia oral a celebrarse a las ocho horas treinta minutos del veinte de junio del dos mil catorce.
9. Mediante resolución de las quince horas del diecinueve de septiembre del 2014, el Tribunal Contencioso Administrativo admite parcialmente la solicitud cautelar, disponiendo la suspensión de los efectos del artículo 13 de la sesión 8614 del 6 de diciembre del 2012, mismo que reformó el artículo 25 del Reglamento de la Actividad Clínica Docente, aclarando que se ordena a la Caja abstenerse de aplicar cobro alguno por concepto de campo clínico de internado universitario.
10. Mediante la resolución 2326-2014-Bis, el Tribunal Contencioso aclara que en relación con la pretensión consistente en que se ordene cautelarmente el pago de las becas, esta se rechaza.
11. Mediante resolución 16-2015 del 14 de enero del 2015, el Tribunal de Apelaciones de lo Contencioso Administrativo rechaza recurso de apelación presentado por ACOFEMED, asimismo el recurso presentado por la CCSS, manteniendo lo resuelto por el Tribunal Contencioso Administrativo. No obstante, el Tribunal aclara que el cobro que se suspende es el realizado con la estimación preliminar del costo, entendiéndose que la Caja se encuentra en proceso de determinación del valor del campo clínico, indicó de manera expresa que en el caso que la Caja termine los estudios que realiza, podrá solicitar la revisión de la medida cautelar dictada.

Por último es necesario precisar que la discusión relacionada con el fondo del asunto se mantiene, encontrándose actualmente en la etapa de conciliación.

### **III - SOBRE LA POSIBILIDAD DE CONTINUAR EL PROCESO DE CONCILIACIÓN Y JURIDICIDAD DE LA CONDUCTA INSTRUMENTAL:**

De conformidad con el artículo 72° del Código Procesal Contencioso Administrativo, la Administración Pública –incluida la Caja- podrá conciliar sobre la conducta administrativa, su validez y efectos, quedando claro que no existe *ningún límite objetivo o subjetivo para someter un asunto a conciliación*<sup>1</sup>, en el presente caso, - se reitera - lo que se requiere es una decisión instrumental para continuar con el proceso de negociación lo cual es jurídicamente posible a

---

<sup>1</sup> Sobre este aspecto, véase al autor JINESTA LOBO, Ernesto. Manual del Proceso Contencioso-Administrativo. 1ª ed. San José, C.R., Editorial Jurídica Continental, 2008, pág. 192.

tenor de lo dispuesto en el artículo 79 del Código Procesal Contencioso Administrativo que de manera expresa faculta a las partes para “... *buscar los diversos mecanismos para la solución de sus conflictos* ...”; así las cosas la conformación de una comisión que determine el valor de un elemento base para las negociaciones es una conducta lícita y posible, restando analizar, si para la Administración es oportuno y conveniente.

Para valorar la oportunidad y conveniencia de establecer el valor del campo clínico, debe recordarse que oficinas técnicas institucionales han señalado dicha conducta como un deber de la Institución, nos referimos en concreto a la posición de la Auditoría Interna y la Dirección Jurídica<sup>2</sup> de la Institución.

Por disposición expresa del ordenamiento jurídico, existe una prohibición de disponer de fondos de la Seguridad Social en finalidades distintas a las que motivaron su creación. Tal y como se indicó la Caja no es una unidad docente, siendo que existe un impedimento de orden jurídico para que se destinen recursos en procesos de formación académica, salvo que éstos procesos académicos sean necesarios para garantizar el servicio público, es decir, será necesario demostrar objetivamente los beneficios directos en las funciones esenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social, como por ejemplo, la formación de funcionarios, cuando existe inopia de alguna o algunas especialidades médicas.

Caso distinto es el de los internos universitarios, la responsabilidad de una adecuada formación profesional corresponde a los respectivos centros de enseñanza, los estudiantes no se encuentran vinculados (laboralmente) con la Caja Costarricense de Seguro Social. Bajo estas premisas, consientes que el internado es un requisito de ley; la Caja puede coadyuvar en el proceso, a través de la oferta de campos clínicos, es decir, la autorización para que los estudiantes realicen su práctica supervisada en los servicios de salud de la Institución.

**Es claro que los campos clínicos son susceptibles de generar un costo para la Institución, este costo no puede ser asumido por la Caja, pues sería ocupar fondos de la seguridad social, en procesos de formación académica de personas que no se encuentran relacionadas con la Institución, lo que constituye un destino distinto a la finalidad –funciones esenciales– de la Caja.**

El uso y administración de campos clínicos en la Caja Costarricense de Seguro Social, se encuentra reglado, siendo que el tema del costo de los campos clínicos fue discutido en los motivos para adoptar el acto de alcance general (Reglamento). En dichos motivos, se estableció de manera clara que el costo de los campos clínicos debe ser asumido por las unidades docentes, al respecto en el oficio N° 24076 de fecha 23 de julio de 2004, suscrito por el Ing. René Escalante, a la época, Gerente Administrativo de la Caja, en el que se consignó la presentación del proyecto de Reglamento de la actividad clínica docente en la Caja Costarricense de Seguro Social (vigente en la actualidad) consignó:

*“...se trata de un Reglamento que establece toda la organización que se requiere para la habilitación en las unidades docentes de la institución, del concepto de “campo clínico”, sobre el cual se permite que, ahora estudiantes de grado o pregrado, puedan participar en los procesos*

<sup>2</sup> En oficio DJ – 1034-2013 del 15 de febrero del 2013.

*que se desarrollan en la institución. Y también permite la incorporación en aquellas materias que no son de rango profesional (parauniversitario, auxiliares de enfermería y algunas tecnicidades), donde la única forma en que se dé el aprendizaje es en las unidades docentes de la institución. Cada unidad local determina su cantidad de campo clínico o docente y el consejo institucional lo autoriza. A la vez, se establece que **la Dirección Financiero Contable fijará el valor y se obligará a la unidad académica a pagarlo, lo cual será una fuente de ingresos importante para la institución** y permite regular esa materia.”(Se suple el resaltado)*

Resulta importante destacar, en primer término, lo relativo al principio de legalidad consagrado en el artículo 11 de la Ley General de la Administración Pública, que la Caja Costarricense de Seguro Social debe observar como ente público integrante de la Administración Pública, en razón de lo cual sus actuaciones deben estar sometidas al ordenamiento jurídico administrativo y a todo el bloque de legalidad; de modo que sólo puede hacer lo que le está expresamente permitido por la ley; estándole prohibido ejecutar cuanto la ley no le faculte expresamente.

Valga indicar que **no existe disposición legal alguna que permita a la Caja Costarricense de Seguro Social facilitar gratuitamente instalaciones de sus hospitales para que en ellos se desarrollen prácticas o programas de enseñanza para estudiantes de medicina de una universidad privada; de la misma forma no encontramos norma que autorice la concesión de becas para tales estudiantes; ni existe precepto legal que permita ceder en forma gratuita y menos indefinidamente el uso de sus instalaciones o parte de ellas para el establecimiento de oficinas administrativas o aulas de una Escuela de Medicina Privada.**

También dentro de este criterio de restringir a sus propios fines el uso de los bienes de la Caja Costarricense de Seguro Social, podemos citar **el artículo 6° de la Ley N° 6577 de 6 de mayo de 1981**, que introduce algunas reformas a la Ley Constitutiva de la Caja y que en lo conducente dice:

**“Artículo 6°.-**

Las instalaciones y equipos de la Caja Costarricense de Seguro Social, no podrán usarse en el ejercicio de la medicina privada, excepto que aquellos sean únicos en el país.”

La anterior disposición aunque no es específica para el caso que nos ocupa, si es ilustrativa del espíritu del legislador en esta materia.

La situación jurídica de los compromisos y acuerdos de la Caja Costarricense en relación con la Universidad Autónoma de Centro América, que por lo dicho hasta ahora, tenía matices de anormal, se ubica claramente dentro de un estado de ilegalidad con la promulgación de la **Ley N° 6693 de 27 de noviembre de 1981, Ley de Creación del Consejo de Enseñanza Superior Universitaria**, al disponer en su artículo 20, lo siguiente:

**Artículo 20.-**

**En el caso de las universidades privadas que ocupen equipos, materiales y locales de alguna institución pública, deberán contribuir a su mantenimiento, en el pago de alquileres y materiales utilizados, y se obligan a su reposición, en circunstancia de deterioro total, según criterio de la institución cuyos servicios utilicen.”**

Al momento resulta claro entender que la Caja tiene la obligación de determinar el costo del campo clínico de internado universitario como primer y necesario insumo para proceder, ya sea a su cobro vía coercitiva o, en un proceso de negociación; **siendo el caso que nos ocupa precisamente un proceso conciliatorio, se estima lógico y razonable que la parte actora del proceso pueda tener participación en la comisión y conocer la metodología de cálculo, obviamente sin ningún poder de decisión en cuanto a la estimación del campo clínico. Lo anterior constituye un primer paso para las eventuales posteriores etapas de negociación en donde cada una de las partes tomará sus decisiones según el ordenamiento jurídico.**

#### **IV. RECOMENDACIÓN:**

Visto el cuadro fáctico del caso y análisis jurídico, se recomienda a la Junta Directiva, instruir a las Gerencias Financiera y Médica, con coordinación de la primera, conformar una comisión que en el término de dos meses cuantifique el costo del campo clínico de internado universitario. En la comisión citada se dará participación a la representación de ACOFEMED y la Universidad Latina, para que realicen observaciones que coadyuven con la determinación objetiva del costo del campo clínico.

#### **V. PROPUESTA DE ACUERDO:**

Acogida la citada recomendación de la Dirección Jurídica, contenida en la nota número **DJ – 5264- 2016**, y con fundamento en lo ahí expuesto, la Junta Directiva

#### **ACUERDA:**

“Se instruye a la Gerencia Financiera y a la Gerencia Médica con coordinación de la primera, conformar una comisión interdisciplinaria que en el plazo máximo de dos meses defina técnicamente el costo del campo clínico de internado universitario. En la Comisión descrita se dará participación a la representación de ACOFEMED y Universidad Latina, para que realicen las observaciones que estimen pertinentes. Concluido el proceso descrito se valorará la continuidad de la etapa de conciliación””.

El Director Jurídico explica que se trata del juicio interpuestos por las universidades contra la Caja por el tema de los campos clínicos, por cuanto no están conformes con el monto que se les está cobrando inicialmente, asimismo alegan que la Caja no debió haber eliminado las becas que se les daba a los internos, básicamente lo que se trata es que llegados a la etapa de conciliación del juicio donde se debe de concretar, es un mecanismo jurídico que existe y se debe de valorar si al final se ejercita o no. Por otra parte a un tema esencial que las universidades proponen a efectos de valorar la posible conciliación y es; renunciar ellos eventualmente, a la aspiración a que se sigan otorgando becas o sea tiene impugnado el punto de renunciar a ese punto y lo otro es que se les cobre “que ellos entienden” razonable lo que corresponda por el campo clínico. El problema ha sido es que ellos entienden que el monto que se estableció inicialmente por parte de la Caja está hecho básicamente de una estimación y no de una precisión técnica adecuada, en ese sentido lo que se plantea es que se nombre un grupo de trabajo técnico donde hayan también representantes de las universidades, como de la Caja para que elaboren un fórmula concertada de estimación del costo del campo clínico.

La doctora Sáenz Madrigal pregunta si se trata del campo clínico en general o el del internado, a lo que el licenciado Andrey Quesada contesta que es el del internado.

Continúa don Gilberth y señala que no se está diciendo hoy en el documento, que se concilie por un monto o de una forma definida, sino que si hay anuencia por parte del órgano colegiado de acceder a la petición de que se integre un equipo de trabajo técnico de estudio con algunos representantes de las universidades dichas y por supuesto el equipo correspondiente de la Caja para que se logre establecer una fórmula que cuantifique lo que habría de ser un monto proporcionado por el costo del campo clínico eso ulteriormente podría conducir ahora sí a bastantear una posible conciliación pero en eso otro orden.

El Director Loría Chaves expresa que el tema es que los intereses de la Caja queden resguardados, insiste que le preocupa que la ley de enriquecimiento ilícito establece claramente que los fondos públicos no pueden ser cedidos a intereses privados y en eso, se debe de tener mucho cuidado cuando se negocia con universidades privadas, se dirige a don Gilberth y pregunta si se acepta una conciliación de esa naturaleza lo que se está haciendo es sustituyendo el juicio por una comisión.

Al respecto don Gilberth se refiere al tema, que la percepción que se tuvo y es que con los campos clínicos las universidades se beneficiaban al cobrarlo y no necesariamente a la Caja eso se reguló que es la disconformidad que tienen ahora, aquí lo único que se está planteando es que se integre una comisión tal como lo recomienda el dictamen gerencia médica, gerencia financiera y con participación -que es la propuesta de ellos- de la universidad para elaborar una fórmula de cálculo que permita decir ahora sí, cuanto es el costo probable de un campo clínico no es que se vayan a condonar campo clínicas, ni baratos ni caros sino el monto que se determine técnicamente en el seno de la comisión pero, lo que se estaría aprobando es que se integre la comisión no se está aprobando ni negociaciones ni montos ese tema se queda para un segundo momento.

Pregunta don Adolfo si es para todas las universidades o solo las universidades privadas, a lo que el licenciado Quesada Azucena contesta que es para todos con las particularidades de la universidad de Costa Rica y los convenios que se tienen con ellos.

El Director Barrantes Muñoz comenta que esto es una apertura de darle participación al gobierno de la Institución a lo externo y por principios no le parece para nada, lo que la Caja defina en esa materia debe de compartirlo con toda transparencia en el término de cómo llega a esos datos sin ningún problema, pero darle participación en los términos privados en la definición es algo que de entrada le luce no aceptable.

En el mismo sentido de don Rolando el Director Devandas Brenes comenta que le preocupa mucho y considera que la contra propuesta debe ser que la Caja se comprometa a revisar los cálculos y a establecer una metodología que obviamente será consultada como corresponde pero crear una comisión bilateral para definir algo que le corresponde única y exclusivamente a la Institución, por eso no estaría anuente con la fórmula que están proponiendo.

Por su parte la señora Presidenta Ejecutiva pregunta por qué en la recomendación se habla de representación de ACOFEMED y Universidad Latina, si hay alguna razón en especial del por

qué se hace esa separación, pues se dijo que como era para todas las universidades no está incluida la Universidad de Costa Rica.

En ese sentido el licenciado Andrey contesta que en el proceso participan como actor ACOFEMED que es una escuela de medicina y también participa que como una de las partes la Universidad Latina, entiéndase que con su representante a nivel judicial y por esa división que se hace entre partes del proceso judicial así es como participa, acciona por su cuenta independientemente, también forman parte de ACOFEMED pero pueden accionar porque están dentro de los derechos de acción.

La Dra. Sáenz Madrigal pregunta si la Caja no está obligada a incluirlos porque ellos hayan accionados, porque ya están incluidos.

Don Andrey contesta que sí, que el tema es que los dos plantean la misma propuesta a pesar de que están litigando por separados las acciones son las mismas.

La doctora Sáenz pregunta que si según lo que se está planteando sería para todas las universidades aunque la UCR no hubiera estado, y si debería ser parte o no.

El licenciado Quesada Azucena contesta que aquí en el tema del juicio la UCR figura como parte demandada porque la Caja tiene un convenio interinstitucional en donde la UCR si paga los campos clínicos, no lo pagan en monedas pero se tiene una comisión que analiza los balances en contra prestaciones para que la UCR pueda resarcir las prestaciones que la Caja le da a través de ese convenio, entonces la demanda tiene como parte pasiva a la UCR junto con la Caja, por eso la Universidad de Costa Rica no participa en esta parte.

Doña María del Rocío resume así; hay una demanda de las partes en la que solicitan avanzar hacia una conciliación, la propuesta de la Dirección Jurídica analizado el caso es que la administración elabore una metodología para el cobro de los campos clínicos y en esa lógica una vez que se haya elaborado esa metodología se comparta con las partes para que hagan observaciones, observaciones que no necesariamente tienen que ser vinculantes para la administración.

Don Adolfo agrega que se debe abrir el espectro, no solo a las partes del proceso sino a las partes de las universidades.

El Director Devandas Brenes señala que considera que todos están de acuerdo lo que pasa es que la redacción puede conducir a error cuando dice en la Comisión descrita se dará participación, sugiere que diga en dos meses defina técnicamente el costo del campo clínico los resultados del trabajo de la comisión se someterá a consulta de las universidades para que hagan las observaciones que consideren pertinentes.

Asimismo, don Adolfo desea aclarar que lo que no quiere es que sea “que yo tomo la decisión y tome tráguesela” sino que se puede interpretar que el ánimo es que no se delega la potestad, pero que nada importaría que en el proceso ellos puedan mandar insumos e información.

Don Mario pregunta, cuál decisión, quién aprueba el valor del campo clínico, la Junta Directiva, por eso es que está claro que la comisión realiza el estudio le propone a la universidad éstas hacen las observaciones y en esta Junta Directiva es donde se decidirá, tomando en cuenta todas las observaciones.

El Director Loría Chaves explica que se está con un juicio y que debe de continuar normalmente, en todo caso considera que este tema no debe de ser un tema de Junta Directiva sino Gerencial, traerlo a la Junta y que lo apruebe significa que una máxima autoridad está autorizando una comisión que eventualmente puede ser de nivel gerencial y no aprobado por Junta Directiva, le preocupa porque nadie va a garantizar que esa comisión llegue a un acuerdo y si no llega a un acuerdo en el juicio se hará del conocimiento, si la comisión es para discutir los costos de los campos clínicos tampoco hay garantía que se pongan de acuerdo, pero si puede ser un elemento para que en un juicio se diga que la Junta Directiva aprobó una comisión y aun así no hay racionalidad entre otros y es un elemento que en un juicio puede tener un peso importante y le preocupa ese tema, de manera que prefiere que las universidades soliciten a la gerencia médica que hagan esa comisión y a ese nivel discutan.

El señor Director Jurídico manifiesta que lo señalado por don José Luis es totalmente compatible, el tema se trae a la Junta Directiva porque por ley quien puede conciliar es la Junta Directiva de la Caja, determinar que se nombre una comisión y con participación y como se precisó con observaciones en fin, en todo caso es un tema conciliatorio y en principio no puede decidirlo la gerencia porque por ley es la Junta Directiva la que concilia, si la Junta Directiva estima que en principio es viable la propuesta puede trasladarlo a la Gerencia Médica para que operativice lo planteado por don José Luis.

Al respecto don José Luis aclara que personalmente está en contra de que la Junta Directiva apruebe la comisión, que se debe de hacer a nivel gerencial.

Manifiesta don Gilberth que es su deber explicar; que con eso se le da a la Gerencia una atribución que legalmente no tiene cuando se tiene una parte procesal al frente y esa parte procesal dice que quiere proponer un paso hacia una conciliación, porque aceptar la propuesta es conciliar al menos en el tema metodológico no por el fondo por ley quien tiene la potestad de decir un sí o un no es la Junta Directiva, cuando un paso de esos se plantean en un proceso judicial y la parte legal va a la Gerencia Médica y le pregunta usted está de acuerdo en eso la Gerencia Médica contesta positivamente en que se conforme una comisión posteriormente la Junta Directiva dice quien autorizó a la Gerencia a conciliar si la única que está facultada para eso es la Junta.

Aclara don José Luis que no está en contra de que las gerencias discutan el modelo tarifario y que lleguen a un acuerdo y que le sugieran a la Junta Directiva ese modelo tarifario, está de acuerdo en la negociación en que se concilie pero a otro nivel, esta conciliación de hoy la rechazaría, viabilizaría que la discusión se de a nivel gerencial, porque lo que se está planteando es una negociación sobre el monto y eso se puede hacer a nivel de gerencia y que la gerencia después lo presentan a la Junta Directiva para que resuelva, porque si se concilia con eso se detiene el juicio y ese juicio que tiene tres años o más se detiene y se gana más.

La doctora Sáenz, comenta a modo de resumen que existe es un juicio y una propuesta de las universidades privadas, de la asociación de las universidades y la Universidad Latina de conciliar, la señora Presidenta Ejecutiva indica que se ha planteado conciliar por un monto pero ellos no están de acuerdo con el monto que le planteó la Institución y aclara que, con, o, sin metodología, es una potestad de la Institución debería ser con una metodología transparente que es lo que dicta la nueva conducta, pero, eso es una potestad de la Institución; pero, pregunta la doctora, por qué si ellos solicitan una conciliación no dan los términos de la conciliación o sí lo hacen.

Don Andrey se refiere a lo señalado por la doctora Sáenz y dice que en la conciliación hay dos tipos de condiciones con la demanda, una relacionada con el tema de las becas y otra relacionada con los campos clínicos la conciliación que ellos proponen es que se lleguen a un acuerdo con el tema del campo clínico entonces ellos desisten de la pretensión de las becas y lo que se propone en este momento es que la administración diga cuanto les quiere cobrar porque hasta este momento no se tiene como un dato fehaciente por eso ellos proponen que la Caja defina cuanto es lo que se les quiere cobrar y negocian sobre esa base estimada, y considera que la Caja debe de estimar esa base para poder referirse al proceso de conciliación de manera que lo que se solicita es una decisión instrumental pero debe de ser tomado por esta Junta porque el Código Procesal Contencioso Administrativo establece que es el superior jerárquico supremo ninguno otro que este el que debe tomar las decisiones en sí se continua en el proceso o las decisiones de fondo.

Agrega la doctora Sáenz para avanzar que el tema es hay una propuesta de conciliación en la que demanda a la Institución en la que la parte dice que de los dos tema si la Caja se pone de acuerdo en uno ellos desisten del otro es decir es una propuesta condicionada a que haya un monto y un acuerdo en ese monto así de claro, pregunta si la Junta Directiva, como órgano, está de acuerdo a conciliar o no, para después ver los términos de la conciliación.

A su vez don Adolfo manifiesta que partiendo del supuesto que la tarifa o monto esta malo le parece que es absurdo seguir en el juicio por esa vía y está seguro que este informe que han traído esto así porque consideran que en la base y el fundamento del juicio para establecer esa tarifa nos podemos ver “horribles” a lo que don Andrey contesta afirmativamente; continúa don Adolfo, de modo que partiendo de ese supuesto se tiene una alternativa en este momento que es facultad y obligación de esta Junta Directiva tomarlo y es claro no puede ser la gerencia, partiendo de ese supuesto la conciliación planteada no tiene que ser en los términos que ellos –las universidades– plantean porque considera que aquí todos coinciden en que esa potestad jerárquica para llamarlo de alguna manera de quien dice cuanto es independientemente de metodología o no, es una potestad de esta Junta Directiva no delegable, entonces partiendo de esos dos supuestos de que “nos vemos muy feos en la foto por la tarifa que se está defendiendo y dos que no se quiere delegar esa potestad.

Por su parte el licenciado Quesada Azucena comenta que esos montos fueron a raíz de que en otro juicio se discutía sobre el tema de los internos un juez dictó una medida cautelar en donde ordenó a la Caja que en el término de quince días hiciera el cálculo y pusiese al cobro del monto de los costos del campo clínico, cuando dice que no hay montos es porque esa resolución después fue anulada en apelación, entonces esos montos que originalmente la Caja determinó y que estaban en función de la medida cautelar que se ordenó que las universidades apelaron y que fue revocada entonces quedaron sin efecto, sin embargo en esta cautelar se dice que la Caja no cobre en tanto no existan montos en este proceso esto dicho por el Tribunal Contencioso.

Comenta don Mario que considera que es mejor conciliar en los términos que se están planteando es decir, que una comisión de la Caja defina los monto, les consulta escuchen las observaciones todo debe de quedar como corresponde en un expediente para que luego lo eleven a esta Junta Directiva para que se aprueba lo que corresponda, pero, en la conciliación hay un tema y es que si las universidades han estado cobrando a los estudiantes en el momento de la conciliación deben de pagar. Porque sería muy extraño que si durante cuatro años las universidades ha “cobrado” a los estudiantes y ahora se termina el juicio y entonces no le pagan a la Caja sería una acción incorrecta y se debe de considerar en una posible conciliación.

La Directora Soto Hernández considera que hoy es una fecha memorable para poder agradecer a los directores de los hospitales nacionales y a sus equipos de trabajo los esfuerzos conjuntos que han realizado, además reflexiona que es una lástima que las cámaras de televisión así como las asociaciones, sindicatos y medios de comunicación pudieran enterarse de estas exposiciones tan maravillosas que se realizan en esta Institución, esto porque es muy fácil hablar y muchos periodistas no investigan solo critican, agradece y da ánimo a los presentes por el trabajo realizado y a continuar con ese entusiasmo porque la labor de la Caja Costarricense de Seguro Social es procurar la salud del pueblo.

El Director Gutiérrez Jiménez reconoce que la Junta Directiva ha tenido un esfuerzo especial en este tema que ha logrado permear en las gerencias y evidentemente el gran logro es el del los directores, pero como lección aprendida se debe de aprender de este ejercicio, personalmente a abogado mucho para que los miembros de la Junta Directiva tenga mayor contacto con los señores directores sin querer co-adminstrar y considera que el poder tener contacto incluso con los directores regionales menciona que lo hizo cuando la doctora Ileana Balmaceda era presidenta, y entiende que estos problemas no se van resolver nunca sino se regionaliza la solución, las redes, cardiólogos y no va a decir a donde porque no le corresponde y no está en el día día pero si tiene conceptualizado que el día que logre mejorar la solución de Ciudad Neily y darle los recursos tendrá un efecto que no pasaría a Pérez Zeledón, y de Pérez Zeledón no pasaría a los hospitales nacionales, es sentido común, no es fácil pero cuando se ve recursos subejecutados en camas y salas de operaciones es una lástima porque por otro lado los recursos están saturados, además es importante entender que se tiene una infraestructura que guste o no, está siendo subejecutada, es por eso que ha abogado por los segundos turnos, para que haya más actividad nocturna, vespertina, etc, pero no necesariamente más caras porque si no se vuelve perverso, hay algunas oportunidades de lo que llaman jornadas de producción que si son una puntualización en un momento dado de precisar una solución pero que no son la solución por el costo que tienen además en algunos casos ya la historia dicen que pueden desnaturalizarse y entonces no es la idea para no cargar el esfuerzo a los mismos recursos que se tienen en un momento determinado; si no se logra impactar en los directores de las áreas y de las redes y se hace esta conciencia de equipo de quitar un poquito la idea de que el director regional es “superman” y no puede o ir a toda la red cuando se logre cambiar esa mentalidad, considera que se avanzaría mucho y esto mismo debería de estar pasando en las diferentes áreas, se les sale a todos los directores decir “ mi hospital, mi clínica, mi área de salud” y se olvida que se es una sola Caja y entiende que es difícil conceptualizarlo porque cuando se está gerenciando el hospital San Juan de Dios, evidentemente debe de velar por los intereses de esa unidad porque los recursos son limitados, porque se tiene una evaluación, porque se tiene un PAO (presupuesto anual operativo) y muchas cosas que considera innecesarias pero que son parte de las labores que

se deben de ir mejorando día con día de manera que el ejercicio realizado en este día da esperanzas de que así es como se solucionan las cosas, ver a la Dra. Balmaceda peleando porque ya quiere devolver le parece muy válido porque está pensando en que ya tiene que sacar ortopedia pero también piensa que se debe de solucionar el tema del Hospital Calderón Guardia porque como institución son los mismos pacientes y todos son pacientes de la Caja, pero por supuesto que entiende la dinámica y a la vez se ve el trabajo tan oportuno que han logrado al hacer equipo y reconoce el trabajo que está haciendo el Hospital Calderón Guardia cuando estaba tan convulso tan difícil personalmente no votó por el doctor Taciano Lemos en aquella oportunidad y ahora se lo ha dicho al Dr. Lemos que dicha que perdió la votación porque cree que ha hecho una excelente labor y principalmente ha estabilizado al grupo y eso es virtuosos. Coincide con don Rolando en el acuerdo final porque aquí se han dicho muchas cosas muy importantes y posiblemente se repiten en otras áreas pero que hoy se está conociendo esta y lo primero es que el acuerdo debe de ratificar el espíritu y la intención que tiene esta Junta Directiva primero que si hay riesgos para la salud de los pacientes se tomen con carácter de emergencia sin preguntar a esta Junta Directiva todas las acciones que se deben de tomar para limitar cualquier riesgos a la vida de esos pacientes segundo instruir a la señora gerente a dar seguimiento a aquellas temas que han sido vertidos en estos informes y que logre incorporar en una propuestas aquellas acciones cuya resolución dependan de la Junta Directiva asimismo que presenten las propuestas para que eficientemente y en el menor tiempo posible puedan tomarse las decisiones pendientes; en general dar por recibido el informe.

Por su parte el Director Loría Chaves manifiesta su satisfacción por lo siguiente y es que considera que la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia Médica fue asertiva en la propuesta inicial de generar recursos para este tipo de trabajo, en segundo lugar se siente muy contento porque hace un año y medio se tenía una situación muy crítica en este campo cuando se publica lo del Hospital México, anteriormente había sido lo del hospital Nacional de Niños se siente como que se le estaba yendo de las manos a la Junta y a la Caja en general, pero hoy con los informes que presentan los directores de los hospitales nacionales se siente que está bajo control el tema de la cirugía cardíaca no finalizado pero si controlado es muy importante porque es un cambio cualitativo de la situación como dijo de hace un año, en segundo lugar después de tanto tiempo de estar ligado con la Institución y de ver tantas cosas se da cuenta que la evolución que tienen los servicios médicos en un hospital y en un área de salud depende mucho de los liderazgos, esto es fundamental, personalmente dice don José Luis, que vio un hospital rural caerse porque el director médico nada le importaba y entonces los especialistas se fueron para otras zonas hasta llega en un momento que parecía una clínica porque no hubo alguien que se parara fuerte y defendiera a los especialistas, al hospital, el área lamentablemente decayó mucho y después de quince años se está levantado y recuperando de nuevo. De manera que el liderazgo es muy importante y eso es lo que siente que es lo que se está presentando porque esas soluciones pasa por el liderazgo de las direcciones médicas, de los jefes de servicio incluso y una gama de funcionarios que se pone de acuerdo para echar para adelante los proyectos a fin de trabajar duro, trabajo que le reconoce al equipo presente. De la misma manera comenta que hace unos quince días estuvo en una actividad que realizó la Auditoría en Osa, Zona Sur que considera que es un especie de cátedra donde asistió funcionarios de distintos lugares y es impresionante ver como en la Institución efectivamente está comprometida y busca formas de solución a los grandes problemas, a modo de ejemplo se refiere a la zona de San Carlos que para resolver el tema de listas de espera tomaron la decisión de quitar la listas de espera a los especialistas, y ahora la controla una sola doctora con una asistente y lo llevan como separado de

los demás médicos no tiene el detalle completo pero lo cierto es que están trabajando muy bien ese tema sobre todo en el último año, rescata que todos esos esfuerzos que se realiza por parte del personal de la Caja dicen que es posible que las cosas se pueden hacer mucho mejor en esta Institución, como siempre lo ha dicho, la Caja tiene recursos para hacer más de lo que hace normalmente y está convencido de eso, agradece el trabajo, esfuerzo y mística a la vez que insta a que se continúe en la búsqueda de formas para hacer mejor la tarea cada día, buscar formas con los radiólogos para bajar la cantidad de pacientes en la lista de espera en esa especialidad, así como cambiar lo que a alguien hace muchos años se le ocurrió que solo se pueden hacer 4 lecturas por ahora de manera que un radiólogo hace cuatro lecturas de imágenes limpias, y ya cumplió con la hora, eso se debe de cambiar y si un radiólogo desde la comodidad de su casa puede hacer la lectura de una imagen en buena hora, porque al día de hoy las cosas, como el país mismo han cambiado mucho y cada vez la demanda es mayor. Finalmente felicita al equipo presente por la labor realizada, a la vez que es consecuente con lo indicado por don Adolfo y don Rolando en el sentido que se debe de emitir un acuerdo para continuar con el trabajo en esa dirección.

Agrega la señora Presidenta Ejecutiva que de acuerdo con el informe los miembros de la Junta han planteado que se puede hacer una sistematización y traer la próxima vez aquellas decisiones que los hospitales requieran ser tomados a éste nivel, solicita se incluya el acuerdo para que se vote más adelante.

Por su parte el doctor Fallas Camacho refiere que a veces estos temas se le ven como una situación de crisis pero desea traer a la mesa de discusión que se está trabajando en un proceso de fortalecer todo el modelo de prestación de servicios de salud, introducir la planificación porque esto demuestra que se ha venido dando tumbos de ciegos hace mucho rato, es todo un proceso que se debe de imprimir en la institución trabajando fuerte en un análisis y en una propuesta formal de cómo manejar este tipo de situaciones hoy, mañana y pasado mañana y tener que correr por situaciones que son de emergencia pero porque son de emergencia pero no puede seguir así toda la vida sino que tenemos que ordenar y definir lo que le corresponde a cada unidad individual y colectivamente por red de servicios, esto pasa por muchas otros temas más no solo por la parte financiera, falta de equipo, falta de planta física la falta de profesionales y una serie de elementos que se consideran para proponer a fin de que esta Institución se pueda montar en un momento en una dirección que le permita limitar este tipo de situaciones; entiende que es muy difícil y que pasa por muchos campos y se debe de definir incluso con mayor claridad cuál es la función y responsabilidad de las unidades a través de un presupuesto que se aprobaría específicamente en ese sentido y aprender a trabajar en red porque no se es independiente sino que se es parte de un todo y se tiene una responsabilidad nacional como un todo. Menciona que se está trabajando en todo un proceso para fortalecer este tipo de organización, se habla de hospital clase 1, clase 2 y clase 3 y se les limita a lo mejor si se debe tener alguna clasificación pero lo que más interesa es tener el problema de la comunidad para tener ese acercamiento con la solución de los problemas a esa comunidad de manera que no haya que traer a esos pacientes de las fronteras (norte o sur) o que un paciente no puede venir hasta San José porque no quiera operarse por falta de recursos u otra razón se debe de acercar los servicios de salud a la población y evitar en los hospitales nacionales tanta consulta menor porque en medicina todo es de cuidado y que los de mayor complejidad se atiendan en los centros de mayor capacidad, reconoce también el esfuerzo que hace el equipo presente y que tienen la camiseta puesta.

La Directora Alfaro Murillo agrega que el esfuerzo que realizan es el que se requiere y en ese sentido agradece a los directores, pero algo que no puede dejar de mencionar es que ha sido un esfuerzo casi de todo este año por parte de la gerencia médica, hospitales para una área, área que esta Junta Directiva ha destinado recursos y ha mostrado completamente con una apertura enorme como lo dijo el doctor Fallas es un proceso que no es de este año que viene de atrás pero que ciertamente este año se ha dado un apoyo extraordinario, extraordinario en recursos, extraordinario en la disposición de hacer las cosas mejor, como sector don Renato, don Adolfo y ella –doña Marielos- han estado de acuerdo con todas las medidas para que esto ocurriera pero la reflexión está que en los informes que están recibiendo hoy se observan nueve áreas que requieren el mismo apoyo, el mismo soporte que bien lo dice el doctor Oscar Ricardo Fallas como Junta se está trabajando en muchas otras áreas para lograr que el sistema funcione como sistema sin embargo, le queda claro hoy que al darle prioridad a esta área evidentemente se da una saturación de quirófanos y eso es una realidad que se debe de entender que hay limitaciones, cuando se habla que en la próxima sesión se tendrá aquí a la gerencia médica así como a los directores de hospitales para que presenten al órgano como se abordaría integralmente el conjunto de las diez o doce áreas que corresponden a cirugía, eso va y así se prepara porque en materia de recursos va a ser impresionante, no tiene el dato pero sí tiene claro que uno de los centro médicos hoy dice que tienen 4600 personas en espera de algún procedimiento en ortopedia, ante esa circunstancia el reto es muy grande y le parece súper, súper atinado felicitar a los directores de los centros médicos, felicitar a la doctora Villalta, felicitar a la doctora Sáenz por el esfuerzo realizado, felicitarse así mismo a la Junta Directiva, pero, no puede cerrar esto sin decir que el reto de hacer esto para todas las áreas va a requerir muchísimos recursos, muchísima apertura posiblemente se van a topar con limitaciones como las vistas hoy en las disponibilidades de especialistas, en la disponibilidad de infraestructura y en recursos que se debe destinar a este tema que compiten en la Institución por el reforzamiento de la atención a nivel primaria, solicita que quede claro en actas que el reto es muy grande y entiende que se está haciendo algo excelente, se felicitan pero lo que resta por hacer es enorme no obstante confía en que la gerencia médica y los señores directores de hospitales así como la Junta Directiva puedan tener un plan como este que se impulsado y realizado para la cirugía cardíaca para el resto de las áreas que se deben de abordar para las cirugías que requieren los pacientes de este país.

Adiciona don Adolfo que está en absoluto acuerdo en lo plantea doña Marielos y es que es un esfuerzo que sería muy mezquino no valorarlo, además de que es un esfuerzo que ha tenido resultados. Ciertamente cuando dijo que muchas situaciones aprendidas donde esperaba que todos los datos que han traído hoy los tome la Gerencia y los incorpore en un paquete y presente a esta Junta Directiva cuáles son las acciones, recoge tanto lo dicho por doña Marielos y del sector en general que es la misma línea de pensamiento. Además esto se debe de aplicar en otras áreas y necesidades y personalmente considera que la culpa de tener que esperar en una fila es por ser pobre porque si no se va con su dinero a recibir atención en otro lado, pero eso no se vale por que la gente más pobre es la que tiene que esperar y cree que la Institución en los últimos años ha dado mucho esfuerzo en este tema, sin embargo la tarea aún está pendiente.

**Se toma nota,** finalmente, de que, con base en lo deliberado, se preparará la propuesta de acuerdo y se remitirá en el transcurso de la sesión.

Los licenciados Cajina Chavarría y Quesada Azucena se retiran del salón de sesiones.

## ARTICULO 7º

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-49425-2016, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

Ingresa al salón de sesiones el Director Gutiérrez Jiménez.

## ARTICULO 8º

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-49425-2016, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

## ARTICULO 9º

La señora Presidenta Ejecutiva solicita que la Secretaría de la Junta Directiva informe sobre la convocatoria por parte de la Comisión Especial de Puntarenas.

La señora Zúñiga Valverde informa que se ha recibido, por la vía electrónica, el oficio del 21 de setiembre del año 2016, número CEP-33-2016, dirigido a la Presidenta Ejecutiva *“Atención: JUNTA DIRECTIVA C.C.S.S.”*, que suscribe la señora Silma Elisa Bolaños Cerdas, Jefa de Área de la Comisión Especial de Puntarenas, que literalmente dice:

*“La Comisión Especial de Puntarenas, en sesión N°30, aprobó la moción que textualmente dice:*

*Moción N° 1-30 de varios señores diputados:*

***“Para que comparezca ante esta honorable comisión, la Junta Directiva de la CCSS, para referirse al tema del Proyecto del Nuevo Hospital Monseñor Sanabria, previo de que se tome cualquier decisión por este órgano superior de la CCSS, que tenga relación con el diseño y ejecución”.***

La Comisión señala para la audiencia el próximo *miércoles 28 de setiembre de 2016*, a las **9:45 horas**, en la sala de sesiones de la Comisión de Asuntos Económicos.

***Lo anterior de conformidad con el artículo 112, del Reglamento de la Asamblea Legislativa, que cita: “Artículo 112.- Requerimiento de funcionarios y particulares Corresponde al Presidente de la Comisión, previa moción aprobada al efecto, requerir la presencia de aquellos funcionarios y particulares cuya comparecencia en la comisión se considere necesaria para la decisión del asunto que se discute, con el propósito de que sean interrogados por los diputados.***

***Toda persona deberá asistir al ser convocada, salvo justa causa, y, en caso de renuencia, será conducida por la Fuerza Pública. La persona citada podrá asistir acompañada de un abogado, y negarse a declarar en los casos en que así la faculte la Constitución o la ley, y cuando se trate de asuntos diplomáticos, jurisdiccionales o militares pendientes.***

***El Presidente de la Comisión tomará juramento a las personas que asistieren, conforme con el Código de Procedimientos Penales. En caso de que faltaren a la verdad, se aplicarán las sanciones previstas en el Código Penal, de acuerdo con las disposiciones generales del Código de Procedimientos Penales”.***

La Doctora Sáenz comenta que se ha establecido una comisión con los diputados de Puntarenas se han realizado dos sesiones siendo la última el pasado martes de esta semana se presentaron todos los diputados por lo que considera muy importante informarle a la secretaría de la Asamblea que le da seguimiento a esta Comisión, pero no necesariamente los diputados le hayan dicho que se están reuniendo aquí por lo que se podría contestar y enviar las actas de los acuerdos de las reuniones, los presentes e inclusive las fechas de las próximas reuniones, como para que se informe y valore las gestiones realizadas.

El Director Devandas Brenes manifiesta que eso debe de quedar claro para que no se diga que estamos en rebeldía y que la Junta Directiva no quiere asistir.

Manifiesta la señora Presidenta que cuando solicitaron la cita en una vez anterior se reunió con ellos y ella (la Dra. Sáenz) asistió y acordaron hacer sesiones cada dos meses, en la última reunión se presentó una preocupación por lo que se acordó realizar una reunión técnica y es la que está pendiente de realizar.

La Directora Alfaro Murillo expresa estar en desacuerdo y señala que no se expone políticamente, que si la Asamblea la cita, se hará presente ese día en la Comisión de asuntos económicos ningún argumento va, se les pude enviar toda la información que se desee pero hará acto de presencia ese día que están convocando.

Respetuosamente, la doctora Sáenz se dirige a doña Marielos quien ha sido diputada en la Asamblea Legislativa y le explica que en la reunión pasada acordaron reunirse cada dos meses y la próxima reunión es el próximo 04 de noviembre y luego el 09 de noviembre, la impresión que tiene es que quien le está dando el seguimiento es la secretaría de la Comisión, pero ésta no es la que viene a las sesiones porque los diputados en pleno han venido a las reuniones.

Don Mario pregunta quién es el presidente de esa Comisión, porque se le debería hacer saber al presidente.

La doctora Sáenz contesta que es don Olivier Jiménez, quien ha estado en las reuniones con los asesores y se dio por satisfecho, no es un tema de no asistir; sino de aclarar a la secretaría.

El Director Barrantes Muñoz solicita a la señora Presidenta Ejecutiva copias de las minutas de cada una de las reuniones realizadas de esa comisión para estar debidamente informados.

El licenciado Juan Luis Bermúdez asesor de la Presidencia Ejecutiva, a solicitud de la doctora Sáenz aclara que en el mes de julio en una sesión de la Comisión en Puntarenas se convocó a la Gerente Médico y a la Gerente de Infraestructura y Tecnologías y a los técnicos que explicaron los avances del programa funcional del hospital, en ese momento acuerdan realizar una reunión cada dos meses, reuniones que ya se iniciaron y la segunda fue el martes de esta semana; esto

en función del objetivo que la Comisión quiere, que es dar seguimiento al desarrollo del tema del Hospital de Puntarenas.

La doctora Sáenz solicita que le permitan consultar a la Asamblea porque si los diputados estuvieron reunidos aquí el pasado martes y quedaron satisfecho de la reunión, si el tema sigue vigente sencillamente se asiste pero una vez verificado porque considera que la secretaría no está debidamente informada de lo que se está haciendo.

Por su parte el Director Fallas comenta que para estar como Junta Directiva deben de estar todos presentes, nadie puede ir por su cuenta a menos de que se les delegue.

Doña Marielos manifiesta que si no hay una contraindicación asistirá a la convocatoria de la Asamblea Legislativa.

La doctora Sáenz Madrigal manifiesta que se encargará de verificar en el transcurso del día con la Secretaría de la Asamblea Legislativa.

**Se toma nota.**

#### **ARTICULO 10º**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-49425-2016, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 11º**

Se tiene a la vista el oficio número ESP-851-2016 de fecha 5 de setiembre del año 2016, suscrito por el Dr. Mauricio Vargas Fuentes, Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, en el que informa que la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, en la última semana de setiembre en curso, desarrollará la “Semana de la salud Pública”, que estará dedicada a la celebración del 75 Aniversario de la Caja Costarricense de Seguro Social que coincide, también, con el Vigésimo Primer Aniversario de la Escuela de Salud Pública. Anota que, en ese contexto, les complacería contar con la presencia de la Junta Directiva el viernes 30 de setiembre en el acto de clausura, a las 10 a.m., en el que les agradecería, asimismo, que se pueda exponer la visión sobre el futuro de la Seguridad Social en Costa Rica. Esa exposición –para la cual se cuenta con una hora para exponer y se daría un espacio luego para preguntas y comentarios- podría realizarse por medio de panel con la participación de los miembros de la Junta Directiva que se considere pertinente, y tendría lugar en el Auditorio de la Escuela de Salud Pública ubicada en la Ciudad de la Investigación de la Universidad de Costa Rica, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** comunicarle que participará el Director doctor Mario Devandas Brenes, quien se haría acompañar de los Directores Barrantes Muñoz y Loría Chaves, quienes revisarán sus agendas y confirmarán si les es posible asistir.

#### **ARTICULO 12º**

Se tiene a la vista el oficio número 08102-2016-DHR, fechado 22 de agosto del año 2016, que en adelante se transcribe en forma literal, suscrito por la Licda. Lilliana Castro, Directora Área de

Mujer de la Defensoría de los Habitantes, dirigido a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva y a los señores Miembros de la Junta Directiva, mediante el cual en seguimiento al oficio N° 12860-2015 DHR de fecha 22 de diciembre del año 2015 (expediente 136442-2013), solicitase le informe sobre la atención de las disposiciones. Seguidamente, se transcribe el citado oficio en forma literal:

*“La Defensoría de los Habitantes de la República, en cumplimiento de las competencias establecidas por la Ley de la Defensoría de los Habitantes y el artículo 7 de la Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia, le ha brindado seguimiento a los casos que por hostigamiento sexual se tramitan en el Sector Público.*

*Bajo el Oficio N° 12860-2015 DHR de fecha 22 de diciembre de 2015 (expediente 136442-2013), la Defensoría de los Habitantes emitió la siguiente recomendación:*

**“A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS)**

*-Proceder a la reforma del Reglamento "Procedimiento Administrativo Disciplinario contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia en la Caja Costarricense de Seguro Social a fin de excluir a la Junta de Relaciones Laborales en los procedimientos disciplinarios por hostigamiento sexual, con el objetivo de garantizar el principio pro víctima, el derecho a la confidencial y la celeridad de dichos procedimientos así como los demás derechos establecidos en la Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia."*

*Con ocasión del seguimiento brindado se constata que los plazos para resolver han vencido, por lo que se le solicita informar acerca de las acciones realizadas por esa Junta Directiva para dar cumplimiento a la recomendación emitida de excluir a la Junta de Relaciones Laborales de los procedimientos administrativos disciplinarios por hostigamiento sexual.*

*Con fundamento en el artículo 7 de la Ley contra el Hostigamiento Sexual y la Ley de la Defensoría de los Habitantes de la República (N° 7319) se le previene que presente el informe respectivo dentro del término de CINCO DIAS HÁBILES, contados a partir del día siguiente de la recepción del presente documento”,*

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Administrativa, para la atención correspondiente, dentro de los plazos definidos y que informe a la Junta Directiva sobre lo actuado.

**ARTICULO 13°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-49425-2016, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 14°**

Se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-17733-2016, de fecha 14 de setiembre del año en curso, suscrito por la señora Gerente Médico, que contiene la solicitud de corrección del error material en la adjudicación realizada por la Junta Directiva (artículo 16°, sesión N° 8798 del 8 de

setiembre del año 2015), de la Compra Directa N°2014CD-000276-2101 para la adquisición de insumos de hemodinamia del Hospital Calderón Guardia.

En este caso se deja constancia de que la señora Presidenta Ejecutiva se inhibe de participar en la consideración de esta licitación y de su votación, en vista de lo dispuesto por el artículo 22° de la Ley de Contratación Administrativa.

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

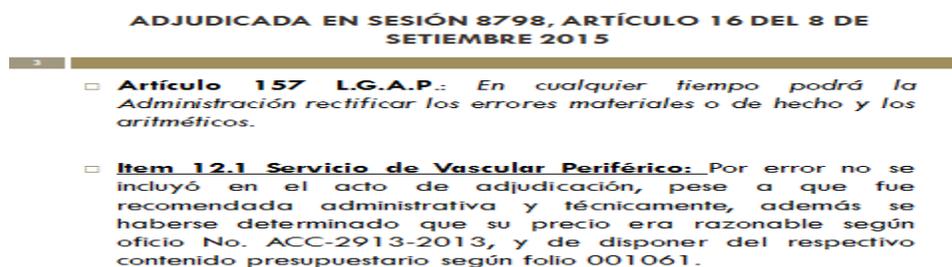
1)



2)



3)



4) Propuesta de acuerdo:

La Gerencia Médica con base en los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de la Compra Directa autorizada por la Contraloría General de la República número 2014CD-000276-2101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico, legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio emitido por parte del Área de Contabilidad de Costos y el acta de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones y considerando que la línea 12.1 dispositivo para embolización de tumores y para

malformaciones, microesferas para embolizaciones, para el Servicio de Vascular Periférico a favor de la empresa International Medical Advances S.A., cumplió a cabalidad con todos los aspectos analizados ratificando que la no inclusión en el acto de adjudicación obedeció a un error material sin perjuicio para ninguna de las partes, se recomienda complementar la citada adjudicación, según el siguiente detalle:

5)

**PROPUESTA DE ACUERDO**

<b>VASCULAR PERIFERICO</b>	12.1	Dispositivos de embolización de tumores y para malformaciones AV Microesferas para embolizaciones Producto cotizado: MicroesferasEmboSphro. Fabricante: Biophore Medical (fabricante)-Merit Medical (distribuidor) EEUU.  Descripción: Fabricadas con material o reabsorbible con propiedades de adhesión alérgica. De forma esférica, con tamaños exactos que previene la agregación de tumores al corazón y al vaso. De polímero artificial e impregnadas con gelatina porcina. Disponibles en rango de 6 tamaños: 40-120, 120-300, 300-500, 500-700, 700-900 y 900-1200 micrones. En presentación de jeringa precargada y en frasco con tapa de rosca. De distribución predecible. Superficie hidrófila. Código de las guías Viena visibles a folio 000252.	\$ 165.00	Según demanda
--------------------------------	------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	---------------

Demás condiciones y especificaciones de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.  
**Sanción a Proveedores:**  
 La oferente recomendada no tiene procedimientos de apercibimiento en curso, ni de inhabilitación.

El Director Barrantes Muñoz manifiesta que según la lectura que hizo al documento observa que es el criterio jurídico el que procede a hacer la corrección, porque no hay perjuicio para las partes, sin embargo se pregunta si un año después de estar haciendo esta corrección y si generó alguna consecuencia para la Institución en el sentido si se dieron implicaciones en términos de abastecimientos y tener que acudir a otros procedimientos de compras y que generaron costos adicionales, quien es el responsables, porque ocurre, entiende que los errores materiales pueden ocurrir, es de humanos, pero, esos errores tienen consecuencia esa es la pregunta que se hace.

En ese sentido del licenciado Segura Quesada, contesta que si está adjudicado las otras empresa porque recuerda que son varias empresas y cuando se requiere de es ítem lo que se hace es acceder a esas empresas, tal vez la empresa no ven materializada su venta pero lo importante es que el paciente no se ven afectados.

Asimismo, el licenciado Aguilar Solano comenta que coincide con lo mencionado por don Marco Segura contratación requería una contratación múltiple donde habían varias opciones y esta línea en particular, la corrección lo que viene a dar a raíz de la petición que hace la empresa que quedó afuera por un error material y lo que se hace es agregarlo pero aclara que el producto siempre ha estado a disposición del Hospital y no se ha visto afectada la prestación del servicio en lo que es terapia Endovascular.

Ante una pregunta del Director Gutiérrez Jiménez la licenciada Ana Gisella Gutiérrez Zúñiga Asesora Legal explica que quedó fuera de la adjudicación por que como obviamente se para lo que se va usando o sea es consignación, es básicamente por criterio técnico del médico, no se incluyó por un error a la hora de transcribir y ahora se solicita que se incluya nada más.

Agrega la señora Presidenta Ejecutiva que tiene criterio jurídico, criterio de la Comisión de licitaciones, estaba presupuestado, y se determina que fue un error material.

**Por lo tanto**, se tiene a la vista la comunicación que firma la señora Gerente Médico, Nº GM-SJD-17733-2016, fechado 14 de setiembre del año en curso, que en adelante se transcribe, en lo pertinente:

**“RESUMEN EJECUTIVO**

La Dirección General del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, mediante el oficio No. DM-1250-03-2015/SCA-0573-03-2015, de fecha 02 de marzo de 2015, firmado por el Dr. Arnoldo Matamoros, Director General de ese momento, sometió a conocimiento de la Comisión Especial de Licitaciones, el proceso de la Compra Directa 2014CD-000276-2101, “Insumos para Hemodinamia” y Aprobación del Reglamento de Compra de Insumos para Hemodinamia por Consignación, el cual fue adjudicado por la Junta Directiva a través oficio 49.274 del 08 de setiembre del 2015, sesión Nº 8798, artículo 16, **el cual produjo los siguientes contratos 1378-2101 empresa Promoción Médica S.A., 1379-2101 Corporación Biomur S.A., 1380-2101 Nutricare S.A., 1381-2101 Medical Supplies C.R. S.A., 1382-2101 Meditek Services S.A., 1384-2101 D.A. Médica de Costa Rica S.A., 1385-2101 International Medical Advances S.A.**

No obstante lo anterior, en dicho acto se omitió la línea 12.1 micro-partículas de embolización para el Servicio de Vascular Periférico a favor de la empresa International Medical Advances S.A. por un error de transcripción en el momento en que se enviaron los datos para el procedimiento de adjudicación por parte del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, a esos efectos se procede a presentar ante la Junta Directiva la corrección por error material e inclusión en el respectivo contrato, de dicha línea.

La Comisión Especial de Licitaciones aprobó el caso enunciado, conforme a la sesión ordinaria Nº 17-2016 de fecha 29 de agosto del 2016, tema que se presenta a conocimiento de la Junta Directiva para la corrección correspondiente por competencia.

**ANTECEDENTES**

- Se emite acto de adjudicación por parte de la Junta Directiva en oficio 49.274 del 08 de setiembre del 2015, sesión Nº 8798, artículo 16°, (visible a folios 001111 al 001150).
- Se generan los contratos 1378-2101 empresa Promoción Médica S.A., 1379-2101 Corporación Biomur S.A., 1380-2101 Nutricare S.A., 1381-2101 Medical Supplies C.R. S.A., 1382-2101 Meditek Services S.A., 1384-2101 D.A. Médica de Costa Rica S.A., 1385-2101 International Medical Advances S.A.
- **Empresa a la que debe incluir la línea:**

Oferta No.	Nombre del Proveedor (Casa Comercial)
02	International Medical Advances S.A.

### **ANÁLISIS ADMINISTRATIVO DEFINITIVO**

En el análisis administrativo se determina que la empresa International Medical Advances S.A. cumple para el ítem 12.1 del Servicio de Vascular Periférico todos los aspectos administrativos solicitados por la Administración.

### **CRITERIO TÉCNICO**

En el análisis técnico se determina que la empresa International Medical Advances S.A. cumple para el ítem 12.1 del Servicio de Vascular Periféricos todos los aspectos técnicos solicitados por la Administración. Esto según criterio técnico del Dr. Gerardo Quirós Meza, Jefe Vascular Periférico, Dr. Eduardo Sáenz Madrigal, Coordinador Unidad de Hemodinamia, Dr. Gilbert Vásquez Esquivel, Jefe Cardiología, Dr. Carlos Salazar Araya, Jefe a.i Neurocirugía

### **RAZONABILIDAD DEL PRECIO**

Mediante el oficio No. ACC-2913-2013, de fecha 10 de diciembre, el Área de Contabilidad de Costos, emitió el aval respectivo para la totalidad de la compra incluyendo el ítem 12.1.

### **CRITERIO LEGAL**

Mediante oficio número DJ-04857-2016 de fecha 12 de agosto del 2016 la Dirección Jurídica de la Caja Costarricense de Seguro Social otorga el aval solicitado indicando: “(...) la Comisión Especial de Licitaciones puede recomendar a la Junta Directiva la corrección del acto de adjudicación emitido en el artículo 16 de la sesión N°8798(...)”

### **RECOMENDACIÓN DE COMISION DE LICITACIONES**

La Comisión de Licitaciones mediante el acta de aprobación de la sesión ordinaria N°17-2016 de fecha 29 de agosto del 2016, recomendó:

“De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de la Compra Directa autorizada por la Contraloría General de la República número 2014CD-000276-2101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico, legal, así como el criterio de la razonabilidad del precio emitido por parte del Área de Contabilidad de Costos, la Comisión Especial de Licitaciones encuentra que la línea 12.1 dispositivo para embolización de tumores y para malformaciones, microsferas para embolizaciones, para el Servicio de Vascular Periférico a favor de la empresa International Medical Advances S.A., cumplió a cabalidad con todos los aspectos analizados ratificando que la no inclusión en el acto de adjudicación obedeció a un error material sin perjuicio para ninguna de las partes, por lo que debe complementarse la citada adjudicación, según el siguiente detalle:

<b><u>VASCULAR</u></b> <b><u>PERIFERICO</u></b>	12.1	<p><b>Dispositivos de embolización de tumores y para malformaciones AV</b> Microesferas para embolizaciones Producto cotizado: MicroesferasEmboSphre. Fabricante: Biophere Medical (fabricante)-Merit Medical (distribuidor) EEUU.</p> <p><b>Descripción:</b> Fabricadas con material no reabsorbible con propiedades de adhesión elásticos. De forma esférica, con tamaños exactos que previene la agregación de lumen al catéter y al vaso. De polímetro acrílico e impregnadas con gelatina porcina. Disponibles en rangos de 6 tamaños: 40-120, 120-300, 300-500, 500-700, 700-900 y 900-1200 micrones. En presentación de jeringa precargada y en frasco con tapa de rosca. De distribución predecible. Superficie hidrófila Códigos de las guías Vista visibles a folio 000253.</p>	\$ 165.00	Según demanda	1005-EMB-12342 (vence el 14-09-2016)

**Demás condiciones y especificaciones de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.**

**1. Sanción a Proveedores:**

La oferente recomendada no tiene procedimientos de apercibimiento en curso, ni de inhabilitación.

*Se aprueba el presente caso condicionado a que de previo a ser enviado a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación deberá constar en el expediente, mediante Certificación Presupuestaria, que existen fondos suficientes separados, reservados y disponibles para hacer frente a la totalidad de la presente contratación.”*

A esos efectos respecto al último punto indicado por la Comisión de Licitaciones, se procede a señalar que el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia subsana el mismo mediante la presentación de la certificación presupuestaria respectiva, misma que consta en el expediente y se adjunta copia.

Se procede adjuntar los siguientes documentos:

- Recomendación Técnica.
- Análisis de razonabilidad del precio. Oficio ACC-2913-2013 aval del estudio emitido por el Área de Contabilidad de Costos.
- Oficio DJ 04857-2016 de fecha 12 de agosto del 2016 visto bueno jurídico emitido por la Dirección Jurídica.
- Acta de Aprobación Comisión de Licitaciones mediante sesión ordinaria N°17-2016 de fecha 29 de agosto del 2016.
- Certificación de contenido presupuestario ...”,

habiéndose hecho la presentación correspondiente por parte del licenciado Marco A. Segura Quesada, Director Administrativo Financiero del Hospital Calderón Guardia, con base en los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de la Compra Directa autorizada por la Contraloría General de la República número 2014CD-000276-2101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico, legal, y teniendo a la vista el acta de recomendación técnica firmada por las jefaturas de los Servicios de Vascular Periféricos, Cardiología, Neurocirugía y el Coordinador de la Unidad de Hemodinamia del Hospital Calderón Guardia, así como la determinación de la razonabilidad del precio emitido por parte del Área de Contabilidad de Costos, el acta de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en la sesión ordinaria N° 17-2016, del 29 de agosto del año 2016 y considerando que en el caso de la línea 12.1 que corresponde a dispositivo para embolización de tumores y para malformaciones, microsferas para embolizaciones, para el Servicio de Vascular Periférico, la empresa International Medical Advances S.A., cumplió a cabalidad con todos los aspectos analizados, y ratificando que la no inclusión en el acto de adjudicación obedeció a un error material sin perjuicio para ninguna de las partes, y con base en la recomendación de la doctora María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, la Junta Directiva –por mayoría dada la inhibitoria de la señora Presidenta Ejecutiva, en virtud de lo dispuesto por el artículo 22° de la Ley de Contratación Administrativa- **ACUERDA** corregir el error material contenido en el acto de adjudicación de la Compra Directa N° 2014CD-000276-2101, promovida para la adquisición de insumos de Hemodinamia bajo la modalidad de consignación, que se dictó en la sesión celebrada el 3 de setiembre del año 2015, número 8798, artículo 16°, y, según en adelante se detalla, adjudicar el renglón 12.1, a favor de la firma International Medical Advances S.A., oferta 02 (dos): dispositivo para embolización de tumores y para malformaciones, microsferas para embolizaciones, para el Servicio de Vascular Periférico del Hospital Calderón Guardia y que, consecuentemente, se incluya en el contrato número 1385-2101, en virtud de que -y como se ha indicado- por un error de naturalmente puramente material no se incorporó en el acuerdo inicial:

<b><u>VASCULAR</u></b> <b><u>PERIFERICO</u></b>	12.1	<p><b>Dispositivos de embolización de tumores y para malformaciones AV</b> Microesferas para embolizaciones Producto cotizado: MicroesferasEmboSphre. Fabricante: Biophere Medical (fabricante)- Merit Medical (distribuidor) EEUU.</p> <p><b>Descripción:</b> Fabricadas con material no reabsorbible con propiedades de adhesión elásticos. De forma esférica, con tamaños exactos que previene la agregación de lumen al catéter y al vaso. De polímetro acrílico e impregnadas con gelatina porcina. Disponibles en rangos de 6 tamaños: 40-120, 120-300, 300-500, 500-700, 700-900 y 900-1200 micrones. En presentación de jeringa precargada y en frasco con tapa de rosca. De distribución predecible. Superficie hidrófila Códigos de las guías Vista visibles a folio 000253.</p>	\$ 165.00	Según demanda	1005- EMB- 12342 (vence el 14-09- 2016)

Todo de conformidad con las condiciones establecidas en el cartel de la citada compra directa y las ofrecidas por la firma adjudicataria.

Los demás términos de la resolución permanecen invariables.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, salvo por la doctora Sáenz Madrigal, quien, como se ha indicado, se ha inhibido de participar en la votación de este asunto. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

El equipo de trabajo que acompaña al doctor Lemos Pires se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Ileana Balmaceda Arias, Directora del Hospital San Juan de Dios; el doctor Juan Antonio Ugalde Muñoz, Subdirector del Hospital México; los doctores Jorge Arauz Chavarría, Jefe de Cardiología del Hospital San Juan de Dios; y Mario Sibaja, Jefe del Servicio de Medicina del Hospital Calderón Guardia.

**ARTICULO 15°**

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-17431-2016, fechado 30 de agosto del año en curso, que suscriba la señora Gerente Médico, mediante el que se presenta el informe respecto de los pacientes en lista de espera por procedimientos cardíacos en los Hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia.

La presentación del informe se desarrolla, con el apoyo de las láminas que se especifican en adelante y a cargo de:

**Dr. Lemos Pires:**

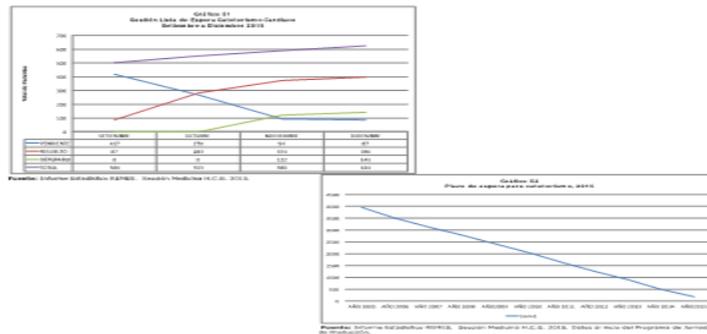
- a) Hospital Calderón Guardia  
Listas de Espera  
Cateterismo Cardíaco

b)

**Estrategias**

- Situación encontrada: del 28 de Setiembre de 2015 al 29 de Febrero de 2016 realizó proyecto para realización de cateterismo cardíaco.
- Situación y atención listas de espera 2005 – 2016
- Se realizaron un total de 247 pacientes
- Prioridad H. Cartago
- Continuación de proyecto

c)



d)

**Estrategias**

- Sala Hemodinamia compartida 4 especialidades.
- Redistribución horaria en equipo por demanda de especialidad. (prioridad cardiología)
- Coordinación oportuna para el traslado desde Hospitalización a la sala de Hemodinamia
- Mejora en el registro (unificado), en relación al TUSH. Actualmente de "50%" - 70%.

e)

### Estrategias



- Fortalecimiento registro de las vías de ingreso de los pacientes atendidos. (Emerg, C. Externa, Hospitalización).
- Programación y comunicación a la red, mensual de pacientes de lista de espera.
- Depuración y estratificación de riesgos para programación: consulta con médico hemodinamista.
- Apertura Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios en marzo 2016

f)

### Estrategias



- Elaboración y presentación del **Protocolo de atención de pacientes que requieren realización de procedimientos cardiológicos de tipo endovasculares, procedentes de Hospitales de referencia al Servicio de Cardiología del Hospital Dr. Calderón Guardia, a los Hospitales de la Red.**
- Unificación de lista de espera de pacientes pendientes de cateterismo de la Red del Hospital en proceso. (no se recibe de manera periódica por parte de los centros de la red.)

g)

### Estrategias



- Conformación Comisión Listas de Espera Hemodinamia (Directa de la Sección de Medicina).
- Desarrollo e implementación sistema automatizado de gestión integral Procedimientos Endovasculares (lista de espera y control de insumos de Consignación).
- Telemedicina

h)

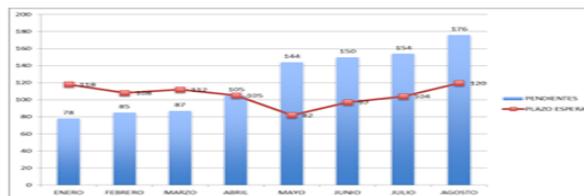
### Estrategias y Fortalecimiento



- Proyecto de Angiotac: diagnóstico previo 28%. (dic 2017).
- Nueva Sala de Hemodinamia . (incremento capacidad instalada)
- Remodelación sala 8 Hemodinamia (Proyecto Fortalecimiento Atención Integral de Coronar) (Jun 2017)
- Fuera servicio sala 1. (5 agost – 12 set)

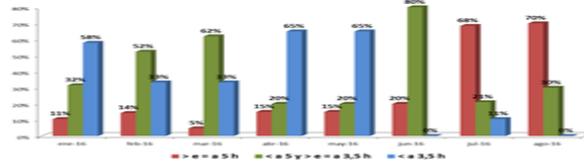
i)

**Distribución Mensual Cateterismo pendientes y plazos promedio, Enero a Agosto 2016, HCG.**



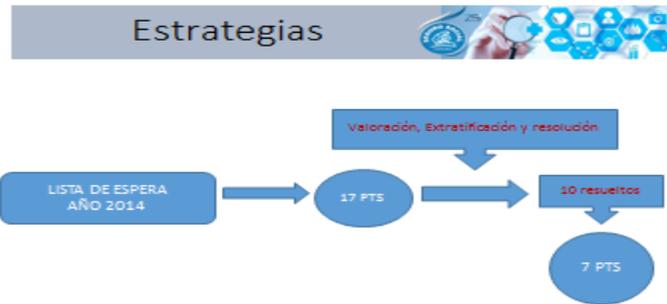
j)

**TUSH, Hemodinamia HCG, Enero a Agosto 2016**

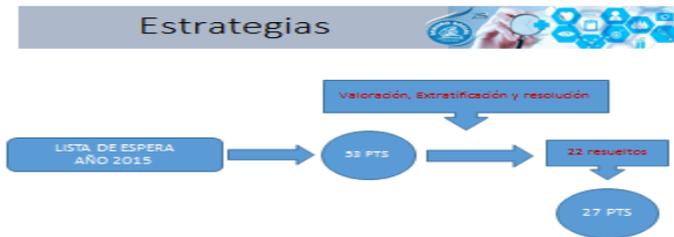


k) Listas de Espera Cirugía Cardíaca.

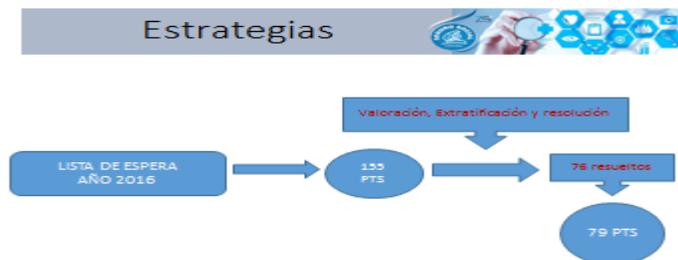
l)



m)



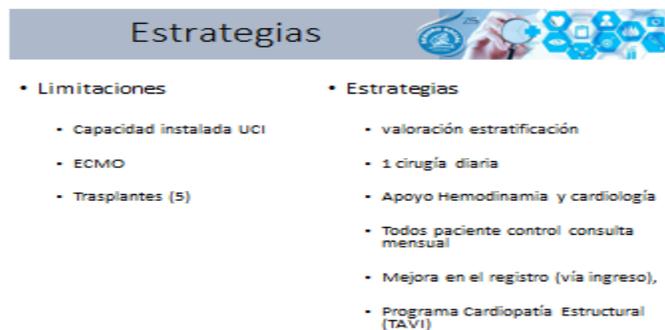
n)



o)



p)



Explica el doctor Lemos Pires que en este momento está solo con un equipo, que el equipo nuevo es la sala N° 2, a la pregunta de don Mario que de enero a mayo bajó el doctor Lemos contesta que sí y esto por el programa que se lleva de la UTLE (Unidad Técnica de Listas de Espera) apoyado por la Gerencia y se ha logrado empaquetar listas desde el año 2015 en febrero próximo se termina el programa, hubo fallos del equipo en dos episodios en una semana y luego otro de veinte días que se empieza a reflejar además que en este momento se está en transición equipo, tiene un equipo nuevo de paquete que los colegas se están capacitando en ese equipo y el equipo numero uno que es el que tiene dañado el tubo y se va a cerrar por tres meses para remodelarlo y ampliarlo de manera que las proyecciones es que el impacto fuerte en las listas de espera debe ser a partir de enero próximo, impacto en bajar en tiempo y en número.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta que solicitó este informe porque es cardiópata y le preocupa sobre manera como se está comportando en general el tema de cateterismo y la situación de los pacientes cardíacos aclara que no solo a él le interesa sino que es un tema de toda la Junta Directiva, le preocupa el incremento y el riesgo de los pacientes pero desea dejar constando la posición que considera que es también la del cuerpo colegiado del interés de que las acciones urgentes que se deban de tomar a fin de minimizar cualquier riesgo en la vida de esos pacientes, no requiere que le den puntualmente cuáles son en este momento, por que han de ser muchas, pero sí que haya una expresa coordinación entre la gerencia, el equipo y la parte operativa para minimizar cualquier tipo de riesgo en le vida de esos pacientes, detalla que en los casos de una persona que llega con una necesidad de un cateterismo pueden haber dos vertientes, una que va a la lista de espera por las condiciones físicas del paciente y otras como fue el caso personal que llega infartado y se le debe de hacer de inmediato o se muere, -se dirige a don Mario

y le dice- se debe de entender en ese crecimiento que muchos de los cateterismos están en la lista de espera pero por otro lado, está seguro que se hacen una serie de cateterismos que no van a esa lista y es muy importante tenerlo en cuenta porque esos posiblemente son aquellos pacientes que tienen un riesgo mayor por condiciones física o patología y que además es una decisión médica si va a la lista de espera o se hace un cateterismo de urgencia. Lo aclara porque se podría entender que todo llega a esa lista y no es cierto.

Por su parte el doctor Lemos Pires afirma que efectivamente es válido lo expresado por don Adolfo, asimismo menciona que es importante decir que lo que se incluye en la lista para producción pero las emergencias se atienden de forma inmediata; tan es así que el día de ayer se atendieron doce cateterismos el fin de semana se atendieron dieciséis cateterismos son emergencias trasladadas de ambulancias, son pacientes que fueron previamente estratificados donde la consulta con hemodinamista posterior de un cardiólogo dice “aun se debe de hacer una serie de exámenes o hay una serie de factores especializados de un hemodinamistas que determinan si van o no a una lista”

La Directora Alfaro Murillo felicita al equipo del Hospital Rafael Calderón Guardia porque el informe es muy detallado en general con todo las especialidades, aprovecha para preguntar se dice que desde el año 2014 ya había sido operado algunos casos que era lo que hacía falta, el doctor Lemos contesta que lo que hacía falta era depurar la lista, continúa doña Marielos y dice que supone que los asegurados que no desean realizarse el procedimiento es por la edad o por riesgo. El doctor Taciano Lemos señala que una es por el riesgo clínico que el médico tratante indica que ya no es candidato por factores como diabetes, hipertensión o porque está muy obeso, o por descontrol en triglicéridos entre otros, o porque el paciente considera que su edad es avanzada y prefiere estar controlado nada más. Aun falta depurar cuarenta expedientes del año 2016.

La ingeniera Alfaro Murillo se dirige al Dr. Taciano para preguntar que los 109 casos son los que si requieren un procedimiento y están en condiciones de hacerlo.

A lo que el Dr. Lemos contesta afirmativamente es un número real de pacientes una vez depurado los 40 expedientes que le faltan del año 2016, que si quieren y tienen condición, están entrando en el programa de cirugías diarias.

Continúa el Dr. Lemos y detalla que tienen algunas limitaciones como que todo paciente de cirugía cardíaca tiene que ir a la unidad de cuidado intensivos quirúrgica o médica, también se tiene una capacidad instalada reducida, porque el Hospital Calderón Guardia es el único que realiza cinco tipos de trasplantes y la mayoría termina en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y se ocupan camas y todo el espacio físico, de manera que son factores limitantes que le permiten hacer más de una cirugía por día.

**Dr. Arauz Chavarría: Hospital San Juan de Dios:**



CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

## Estado Actual Cirugía Cardíaca- Hemodinamia

22 de septiembre 2016

Dra. Ileana Balmaceda Arias,  
Directora General

b)

SERVICIO	CANTIDAD DE PACIENTES	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA
Cirugía Cardíaca HSJD*	9	25 d
Cirugía Cardíaca Hospital De Alajuela **	10	<90d (70)
Hemodinamia Prioridad	22	60 d
Hemodinamia No Prioritarios	126	150 d

\*TUSH 86%Shoras  
\*\*Incluye pacientes de Alajuela, Grecia y San Ramón.

## Lista de Espera

c)

PRODUCCIÓN		
Servicio	Salas	Producción mensual
Cirugía Cardíaca HSJD	3,5 dias/sem	11 pacientes
Cirugía Cardíaca Hospital de Alajuela	3 dias/mes	3 pacientes
Hemodinamia	1 diaria	188 procedimientos 115 pacientes (incluye hospitalizados)

Pacientes operados del Convenio Hospital México, el cual inició en noviembre 2015 y hasta la fecha: 23 procedimientos en 22 pacientes.

El Servicio de Cirugía Cardíaca cuenta con 3,5 días de sala de operaciones por semana, para un total de 14 al mes, el 75% - 80% de los días asignados se utilizan en pacientes propios del San Juan de Dios y un 30% -25% en pacientes del Convenio del Hospital México

d)

### PRODUCCIÓN EQUIVALENTE NO REALIZADA

- Por día de sala que se utiliza para Cirugía Cardíaca se podría operar:
  - 4-5 cirugías de Cirugía General (colecistectomías, hemioplastias, tiroidectomía, obesidad, hemorroides, otras)
  - 2-4 cirugías oncológicas (mama, gástrico, tiroides, colon, otras)
  - 2-5 cirugías de Urología (próstata, riñón, otras)
  - 2-4 cirugías de Ortopedia
- Todas estas especialidades cuentan con la mayor cantidad de pacientes (salvo oncología) y mayor lapso de días de espera.
- Por mes se están operando de 6 a 15 pacientes menos del HSJD, en especialidades críticas.
- Pacientes operados del convenio Hospital México (desde nov 2015), 23 procedimientos (46-115 cirugías equivalentes)

e) Acciones.

f)

**1- Jornada de Producción**

- Proyecto: «Atención oportuna de la patología Cardiovascular»
- Periodo 07 de julio al 07 de setiembre 2014.
- 82 pacientes

g)

**2- Uso de criterios de priorización**

- Hemodinamia:
  - Angina de alto riesgo (in crescendo o de reposo)
  - Infarto Agudo sin elevación del ST
  - Cuadro de Insuficiencia Cardíaca (ICC)
  - Pacientes que desarrollen arritmias malignas que a juicio del Médico tratante amerite intervención urgente.
  - Pacientes que hayan sido valorados en sesión cardioquirúrgicas y sean declarados de prioridad.

h)

**3. Aumento en el número Salas de Operaciones por semana**

Remodelación de SOP: (abril 2010-diciembre 2013): 2 salas por semana.  
 2014- mediados 2015: 3 salas por semana  
 Mediados 2015- a la fecha: 3 salas alternando con 4 por semana: 3,5

i)

**4. Unidad Cardioquirúrgica (funcional)**

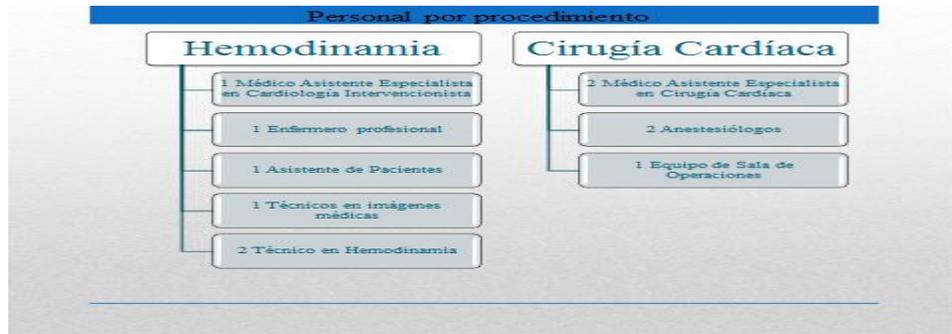
- Colaboración entre Sección de Medicina y Sección de Cirugía.
- 2 camas de la Sección de Medicina, se facilitaron a Cirugía Cardíaca por 3 meses: (junio-Agosto 2015)
- En la actualidad los pacientes con criterio angiográfico se presentan en la Sección de Cirugía Cardíaca y se operan durante el internamiento.
- Disminuye necesidad de repetir estudios angiográficos

j)

**5- Aplicación de criterios de Inoperabilidad**

- Cirugía Cardíaca
  - Coronarios: Enfermedad arterial coronaria difusa con vasos epicárdicos anatómicamente no viables, con diámetro menos a 1mm, con lesiones extensas distales o en zonas de cicatriz miocárdica.
  - Valvulares: Pacientes con fracción de eyección menor al 20%, con diámetro diastólico del ventrículo izquierdo mayor a 80mm o presión de arteria pulmonar mayor a 90mm Hg no reversible.
  - En general: Paciente con una condición médica considerada terminal con una expectativa de vida menor a 1 año, condiciones médicas asociadas que hacen prohibitiva la cirugía.

k)



l)

**OBSERVACIONES**

- Actualmente la red solo cuenta con 3 cardiólogos periféricos, teniendo nosotros una población adscrita directa de 800.000 habitantes, por lo anterior expuesto, es que se hace necesario la asignación de un médico hemodinamista al Servicio a corto plazo.

m)

**OBSERVACIONES**

- Cardiología cuenta con 5 médicos hemodinamistas, de los cuales 2 se pensionarán en un plazo de 3 años. Cada uno labora 1/5 de tiempo de su jornada ordinaria en el Laboratorio de Hemodinamia.
- Cirugía Cardíaca cuenta únicamente con 3 médicos asistentes especialistas.

La Doctora Balmaceda Arias explica la forma en que modificaron las cosas y que ha impactado positivamente en la lista de espera, se tiene una valoración diferente y a quien se envía a la lista y a quien no con cateterismo y con una Unidad Cardioquirúrgica que se hizo en donde comparten camas de cirugía con Cardiología y los pacientes que cardiológicamente son valorados y requieren una cirugía no se les da salida para que soliciten cita en cirugía sino que ahí mismo los cirujanos lo atienden en la misma cama de medicina de cardiología, y además se han ido atendiendo una serie de temas que permiten haber impactado positivamente la lista.

El Director Gutiérrez Jiménez pregunta que si el protocolo que usa el doctor Lemos en el Hospital Calderón Guardia, el protocolo que usa los funcionarios del Hospital México y el protocolo que se usa en el Hospital San Juan de Dios para determinar quienes van a la lista de espera es igual o no.

Por su parte la doctora Villalta contesta que eso lo estaba atendiendo un doctor que ya se pensionó y lo dejó con un 95% de avance sin embargo el manifestó que se le llamara para terminar el protocolo sobre todo para el ingreso a la lista de espera.

El Director Loría Chaves pregunta como determinan los casos no prioritarios en Hemodinamia, a lo que el doctor Arauz Chavarría contesta que se tiene un protocolo y que más adelante se va a presentar, en el caso de los prioritarios son los que tienen un angina de pecho que consiste en un dolor o una molestia en el tórax que se produce cuando el corazón no recibe la suficiente irrigación sanguínea y es una alerta. Esto se debe a una obstrucción parcial de las arterias coronarias. Si la obstrucción sólo se alarga unos minutos y posteriormente el paciente se recupera, se habla de angina de pecho. Existen diferente tipos de angina, la angina que es en reposo, la angina que es con mínimos esfuerzos y una angina que es de grandes esfuerzos y tiene un patrón estable, por tanto los que tienen un patrón estable son pacientes que pueden esperar, a modo de ejemplo comenta que un paciente que tiene un año de ir a la iglesia y cada vez que camina 300 metros le duele el pecho es muy distinto al paciente que tiene dolor estando sentado o cuando se va a bañar. Para eso es el protocolo porque determina cuales pacientes son prioritarios y cuáles no. Dentro de los pacientes no prioritarios algunos se pueden inestabilizar, cuando el médico lo detecta o el paciente lo expresa inmediatamente se les atiende prioritariamente.

El Director Devandas Brenes pregunta que significa que el Hospital San Juan de Dios no está en el proyecto a lo que el Dr. Arauz Chavarría contesta que desde setiembre del año 2014 no participan del proyecto en donde se hicieron pacientes en tiempo extraordinario que la Gerencia financió, durante ese período de tiempo el San Juan de Dios aprovechó para hacer pacientes de la lista de espera e iniciar desde cero y sacaron 82 pacientes, una de las causas por las que no participan es precisamente que los técnicos de hemodinamia y los enfermeros solicitaron que se les pagara por pacientes precios incalculables, atinadamente la doctora Villalta decidió no autorizar el San Juan de Dios el hecho de no haber tenido ese apoyo por dos años no es lo que hace que haya impactado la lista de espera por mas que se quiera en jornada ordinaria se tiene un déficit de 80 pacientes que no se ha podido atender. Dichosamente esa posición ya se revertió y ya el personal entendió y ahora están dispuestos a trabajar con el protocolo y con los incentivos que aplican para todos los médicos de todos los hospitales.

Respecto de la consulta de don José Luis Loría señala el doctor Arauz que los criterios que se tienen para que un paciente ingrese de prioridad a la lista es una Gina de alto riesgo, paciente que tiene dolor en el reposo o el paciente que tiene dolor y va aumentando con menos esfuerzo, los pacientes que hacen pre infartos realmente sin llegar a un infarto agudo, los pacientes que hacen insuficiencia cardíacas asociados a problemas isquémicos, es decir un protocolo que se llena por cada paciente que se atiende y así se logra tener la lista lo más depurada posible.

Además el Dr. Arauz menciona que desde paso Canoas al San Juan de Dios solo se tiene tres cardiólogos dentro la red, que si bien es cierto la población adscrita es menor que el Hospital México y que el Calderón Guardia pero se tiene una población directa adscrita de 800 mil pacientes.

El Licenciado Gutiérrez Jiménez pregunta si hay alguna posibilidad de poder refortalecer la red del Hospital San Juan de Dios de manera que se pueda asignar un cardiólogo porque la población es considerada, para ser atendida solo por tres especialistas.

En ese sentido, la doctora Villalta manifiesta que por la red de servicios se tiene un hospital regional que si le corresponde tener cardiólogo que es Pérez Zeledón y tiene tres pero los otros hospitales de la red del sur son hospitales periféricos 2 y 1 que por nivel de complejidad no tienen, dentro del plan de atención cardiovascular esta Junta Directiva autorizó que al periférico 3 que ya es de categoría y que están en Guápiles, La Anexión y Turrialba ya se les puede dar cardiólogo no se incluyó el N° 2, si se recalifica el de Ciudad Neily y se le sube de categoría se le podría asignar, claro dentro de los cardiólogos que salen en este momento no se tiene para asignarles, se debería valorar dentro de los ticos que vienen de Cuba.

Por su parte don Adolfo llama la atención menciona que se debe de hacer un esfuerzo adicional en ese sentido porque considera que la región del sur sur es muy lejos.

Asimismo, la doctora Sáenz Madrigal expresa que la Junta tomó una decisión de incrementar el número de cardiólogos que ingresaban y se otorgan las plazas, ahora viendo los exámenes solamente tres de manera que aun cuando se toma la decisión no se tiene el recurso humano a pesar de que hay plazas, de modo que efectivamente la problemática que tiene la Institución no solamente es un tema de la distribución de la red sino también una limitación en el número de especialistas con que cuenta el país.

Finalmente don Adolfo aclara que la Junta Directiva no solo ha tomado el acuerdo en ese sentido pero no se tiene los recursos no obstante, insta que en el caso de la recalificación del Hospital Ciudad Neily porque entiende que hay un estudio pendiente para esa recalificación que se puede valorar y considera que vale la pena poder discutir ese tema en su momento.

El Director Fallas Camacho señala que se conoce de ese problema nacional y las decisiones se tomaron en su momento para fortalecer los sistemas, no tienen que ser hospitales 2, 3 o 1 eso no es importante lo que se quiere es que de acuerdo a las necesidades se planten a esta Junta Directiva las acciones de llevar esa capacidad hacia fuera y no seguir pensando que todo se debe de traer al nivel central para resolver el problema, eso ya está acordado de fortalecer Grecia, San Ramón, Liberia entre otros se tienen dificultades sin duda de recursos humano, equipo y otros más; pero eso es parte del acuerdo de ver como se fortalece porque ya es sabido que esta situación con el envejecimiento de la población y los problemas cardiovasculares se van tener presente por los próximos diez o quince años que se debe de atender y presionar a ver si acaso todo lo que tiene que ver con acciones de prevención y de cambios de vida pueda dar resultados en los próximos quince o veinte años pero que mientras tanto se tendrá una presión muy fuerte sobre todo ese equipo, la idea es que no quede en el ambiente porque ya se ha deliberado y se ha planteado la necesidad de que a nivel periférico existan estos equipo y otros más que se requieren y están en lista de espera de otras áreas.

La doctora Balmaceda Arias sabe que por el nivel de hospitales que hay en la red del Hospital San Juan de Dios no hay cardiólogos, de ahí la razón del planteamiento porque les llega una avalancha de pacientes por falta de estos especialistas en la red, sin embargo se les recarga porque no se tiene ese filtro en otro hospital; plantean aun cuando saben y entienden que no hay cardiólogos hemodinamistas para que se les asigne pero es un recordatorio de que el HSJD necesita un hemodinamista más porque el personal es insuficiente para toda la red.

La ingeniera Alfaro Murillo comenta que el título de la imagen del documento dice “Producción del HSJD perdida” y dice por día de sala que se utiliza para cirugía cardíaca se podría operar 4 a 5 cirugía general, etc, es obvio que se ocupa la sala en unas cosas y se deja de hacer otras, además dice que todas esas especialidades cuentan con la mayor cantidad de paciente salvo oncología, eso le preocupa mucho – dice doña Marielos- que también desea preguntarle al Dr. Lemos porque lo mismo sucede en los otros hospitales, si se ve ortopedia tiene cuatro mil personas esperando con un período de más de dos mil días de esperar, podría pensarse que fallecen de manera más pronta los que tiene una afectación cardíaca que los que tienen una afectación relacionada con ortopedia, pero, desde el punto de vista el balance es muy complicado porque el otro también trae un tipo de complicaciones y son períodos muy prolongados de espera, lo comenta porque está en el informe del Calderón Guardia que está totalmente detallado y en este hace una afirmación sustituida, entonces pregunta al cuerpo colegiado y a la Gerente Médico entonces, dónde se tiene la estrategia para abordar ortopedia que está rebasado, como abordar cirugía generales, oftalmología, son miles a plazos, ortopedia son 3000 días de espera; no puede evitar preocuparse por todas las demás especialidades.

Al respecto la doctora Balmaceda contesta que el objetivo de esa información y que obviamente en el hospital son consciente de que se deben distribuir las salas y se ha priorizado la sala de cardiología de cirugía cardíaca que incluso se otorgó una sala más por mes y cuatro en forma alterna priorizando el riesgo, sin embargo que eso se señala en el informe porque el hospital está haciendo la cirugía cardíaca de Alajuela por aproximadamente un año, cirugía que le corresponde realizarla al Hospital México de modo que aprovechan para hacerle conciencia al hospital México de lo que se está dejando de hacer a los pacientes del San Juan de Dios por atender a pacientes que le corresponden al México, es obvio que eso representa una carga para el HSJD, que el paciente no tiene la culpa sino que es un convenio que le solicitó la Gerencia Médica cuando el México estuvo en caos y se le apoyó para sacarlo de la situación, no obstante, considera que el hospital México ya se organizó y todo debería de volver a la normalidad.

Señala doña Marielos que exactamente así lo había entendido y esa iba a ser su propuesta, lo que ha mencionado la doctora Balmaceda, pero que estaba esperando la presentación por parte del hospital México, y que no se diga que los pacientes que tiene el centro médico del Hospital San Juan de Dios de referencia están viendo reducidas su oportunidad de avanzar porque están atendiendo un convenio con el hospital México, sino que el Hospital México asuma lo que le corresponda para que no se afecten otras áreas del Hospital San Juan de Dios, así lo entendió.

Por su parte la doctora Balmaceda propone también que como el HSJD no tiene poca lista quirúrgica cardíaca una opción puede ser cambiar pacientes de ortopedia por cardiacos.

Asimismo, la doctora Villalta comenta que cuando se hizo la solicitud al Hospital San Juan de Dios fue pensando en que los pacientes de cirugía cardíaca son prioritarios en ese momento el hospital México tenía alrededor de cuatrocientos pacientes en lista de espera no se habían depurado más adelante ellos van presentar la situación actual que ya está más organizados; de modo que sobre el total de la lista de espera y de la propuesta del abordaje para la lista en la próxima semana estaría presentando la propuesta de las gerencias pero cada hospital vendría como ha venido el San Juan de Dios.

Finalmente, el doctor Arauz plantea la siguiente frase:

«Empieza por hacer lo necesario, luego haz lo posible y de pronto estarás logrando lo imposible» San Francisco de Asís

**Dr. Ugalde Muñoz: Hospital México:**

I)



II)



III)



IV)



V)



El doctor Ugalde Muñoz señala que el doctor Montero está de vacaciones y por eso el está en su representación a la vez aclara que el informe presentado a la gerencia se hizo el 30 de agosto ahora actualizó los datos porque el informe que entregó el doctor Montero era con un corte al mes de julio. Explica que la situación del Hospital México gracias a Dios, al apoyo de la Gerencia y de la Junta Directiva ha ido en mejora y en una tendencia a la baja a través de la cirugía cardíaca y en el tiempo de espera que no es la más óptima pero sí favorable a lo que se tenía así como en la cantidad de pacientes en relación con el poco personal de cirugía cardíaca con el que se cuenta, hay un paciente del año 2014 que se mantiene en la lista de espera de cirugía cardíaca es un paciente peculiar se le ha llamado en varias ocasiones presenta una insuficiencia aórtica que es un daño a nivel de la válvula pero que no se quiere operar, es vecino de Guanacaste y que no tiene posibilidad económica para venir. Al respecto el servicio de cirugía de tórax le ofreció pagarle todos los gastos entre los cirujanos iban hacer una banca pero el paciente no acepta, por tanto se le dio una fecha límite para fin de mes que tiene que venir a realizarse la cirugía, no obstante el mantiene su posición y mientras tanto sigue también en la lista que no deja de ser incómodo tenerlo ahí pero no se puede eliminar de la misma porque está vivo, otros cuatro pacientes del año 2015 que también por situaciones personales ha dicho que no se pueden operar, el hospital ya les dio un plazo de dos meses de modo que a finales de noviembre estos cinco pacientes deben de estar operados y tener solo los pacientes del año 2016 pendientes.

Respecto de las estrategias aplicadas comenta el Dr. Ugalde Muñoz que en cirugía cardíaca se realizó una protocolización de las sesiones clínicas quirúrgicas donde se incluyó la participación de los cardiólogos que ha dado un muy buen resultado logrando estratificar y clasificar muy bien los pacientes, la presencia del cardiólogo en la sesión logra definir que paciente realmente se hace por cateterismo o por cirugía cardíaca siendo la gran mayoría desviado a cateterismo cardíaco, eso ayuda mucho al desplazamiento de cirugía cardíaca a procedimiento Endovascular que es la aplicación de los stents que a la fecha se han realizado unos 76 y es un gran logro, además se tiene lo que es revisión y depuración de casos clínicos que se hace principalmente con los cardiólogos de la red consiste en aplicar criterios internacionales y se le establecen a los cardiólogos de la red cuales son realmente los protocolos o los criterios que tienen que tener el paciente para llevarlo hasta lo que es la cirugía cardíaca, y como son criterios internacionales muy conocidos por todos ha sido de gran ayuda porque ellos han logrado tomar una línea de protocolización bastante adecuada. También las jornadas de producción siempre en las cirugías cardíacas han sido una bendición por el apoyo que se les ha dado se ha logrado realizar 40 cirugías cardíacas de manera que se ha bajado la lista de tener 406 pacientes y a la fecha se tienen tan solo 56 pacientes; en el proceso de la depuración y revisión de casos clínicos y gracias al apoyo de los compañeros de la Gerencia Médica se logró retomar esos casos y revalorarlos

algunos fue necesarios hacer un eco cardiograma, o procedimiento de cateterismo que en ambos casos es más barato que una cirugía a corazón abierto, respecto de los cateterismos coronarios se tiene una tendencia a la baja desde inicio de mayo de 2015 al mes de agosto del presente año con 99 pacientes en lista y con 23 días de espera pero como le pasa a todos los hospitales y tal como lo dijo el doctor Lemos ahora se pueden preguntar qué pasó acá que en los meses de julio y agosto no se movió ingresaron 71 pacientes en julio de los cuales se operaron 71 que son pacientes de los que el Lic. Gutiérrez comentó que vienen a impactar la lista porque son nuevos ingresos y se deben operar de inmediato, por eso es que no se movió, pero se tiene la tendencia a la baja en lo que es el plazo de espera promedio y que se ve reflejado en 23 días de plazo. También se tienen las estrategias usadas en lo que es cateterismo coronarios, primero la protocolización que han sido más de 14 protocolos tanto en el personal médico como en el de enfermería y se ha logrado poder clasificar muy bien a los pacientes y poder determinar cuál es el estado con el que van a llegar al procedimiento.

A la pregunta de don Adolfo el Dr. Ugalde explica que los protocolos siempre han existido ahora han venido en aumento para mejorar la calidad del servicio, además comenta que los protocolos depende mucho de la infraestructura de lo que tiene cada hospital, del recurso humano a veces se pueden homologar algunos con ciertas patologías pero a veces no todos los puede ni cumplir ni homogenizar en una forma homogénea entre los tres hospitales, además se tiene la telemedicina que ha sido un gran logro todas las sesiones que se hacen los días viernes en el hospital, se trabaja con la red se hace un proceso, esto permite una atención oportuna al paciente y además permite dar docencia a los cardiólogos de la red entonces al presentar al paciente ese mismo día en una forma oportuna y darle la oportunidad de cita para la próxima semana se aprovecha para darle también un poco de cátedra a los cardiólogos indicando siempre cumplir con el protocolo, que el paciente debe de cumplir con ciertas condiciones para que no vaya a tener un fallecimiento en el traslado o en el mismo hospital llegando, asimismo las jornadas de producción han venido a ayudar en una forma impresionante que se han realizado 423 cateterismos en la jornada de producción aprobadas por la Junta Directiva e impulsadas por la Gerencia Médica y es un logro que lo resumen en un éxito muy importante.

Finalmente la señora Presidenta Ejecutiva agradece a todos los directores de hospitales la presentación realizada, porque demuestra el esfuerzo que cada hospital con sus capacidades y limitaciones han abordado la problemática a la vez que les solicita que en forma breve hagan una referencia acerca de si han realizado cambios en la organización para obtener esos logros, porque observa que todos han avanzado de alguna manera en protocolos lo que quiere decir que es algo que se debe de hacer de rutina, han realizado asignación de recursos mayores para atender las patologías, o desde la perspectiva de la organización cosas que hacen de gestión normal y que no hayan señalado y a lo mejor sea necesario que la Junta conozca la forma que están organizados para aprender unos de otros porque si bien es cierto no se puede homogenizar el tema es que otra cosa se puede apoyar.

El doctor Sibaja manifiesta que quiere aprovechar la intervención que hizo la doctora Balmaceda porque se debe de ser claro y sincero en la situación, de manera que primero agradece por toda la colaboración, entienden la posición del doctor José Mario Sprok porque será una baja en la parte de cirugía cardíaca del Hospital San Juan de Dios por toda la ayuda que les dieron; pero es interesante porque hace dos semanas se reunió con el doctor Azúa y con un equipo del cáncer y se lleva la sorpresa de que llega un cirujano de Alajuela y le dice que es cirujano de Tórax pero

que comenta que no está ejerciendo porque no le han definido la condición de la plaza si es cirujano de tórax o no, en que condición está, en fin declara que este profesional le manifestó que si se le ayuda con esa situación podría empezar a trabajar esos pacientes, el hospital México le ofreció que se presentara a las sesiones clínico quirúrgicas para que traiga los casos de Alajuela se valora y se le dice que necesita para realizarlo a lo que contesta puedo operarlos yo mismo necesito una torre de endoscopia y en ese sentido se piensa que el Hospital México está comprando dos torres se le podría hacer adendum al cartel y compran una para el hospital de Alajuela, considera el doctor Sibaja que se podrían reunir con los compañeros de Alajuela y verificar que condiciones son las de este profesional porque el expresó que es cirujano de tórax y podría ser un apoyo. Ahora en cuanto a la pregunta de la doctora Sáenz desde la experiencia personal, el hospital México no puede crecer más en la parte de cateterismo por la falta de camas ese ha sido uno de los problemas más serios con los que se han enfrentado a pesar de que se han distribuido todo lo que es el sector de hospitalización principalmente quinto y sexto piso, un logro muy importante es lo de los tavi, un tema que se le debe de poner mucha atención es la parte del tecnicismo, técnicos de hemodinamia en el sentido de formar más técnicos de hemodinamia no es fácil, no es en el país pero cree que eso puede ayudar a otros hospitales.

La doctora Villalta se refiere al profesional de Alajuela que dice ser cirujano de tórax, y aclara que nunca se le ha dotado a ese hospital de un especialista en cirugía cardiovascular de modo que va a verificar esa información.

El doctor Sibaja comenta que en relación a la pregunta de la doctora Sáenz y teniendo en cuenta que el hospital no participo el año anterior ni este año de las jornadas de producción pero teniendo esa limitación piensan en la posibilidad de hacer el protocolo de priorización para que la prioridad y la oportunidad de los pacientes no se establezca por el tiempo de llegada sino por la condición de prioridad, por ejemplo se hace un cateterismo de emergencia inmediato, si los pacientes reúnen los criterios mencionados se hacen en un tiempo prudente que sería menos de 60 días y los pacientes que serán los que están estables se hacen de momento a 150 días y que se espera llegar a no tener lista. Algo muy importante y que desea que observen es que en la lista de espera del Hospital está a 25 días y las de los hospitales de Alajuela, Grecia y San Ramón está a 70 días que por definición ninguna de esas listas se considera lista de espera sino pacientes pendientes de operar pero el establecer una relación estrecha entre las jefatura de la sección de medicina y cirugía cardíaca en un concepto que localmente llaman Unidad Cardio quirúrgica porque son los mismos pacientes, lo que se está haciendo es no alimentar la lista de espera de cirugía cardíaca porque el paciente que aparece no se va hasta que esté operado y representa un poquito más de costos por la estancia que va a estar de una semana a diez días pero tienen una gran ventaja y es que se le resuelve en un solo internamiento, se le evita el riesgo de que tenga que esperar y deja de alimentar el carrusel de los cateterismos porque se va para la casa y pasado los seis meses a que volver y en ocasiones hasta tres veces, ese concepto de unidad Cardioquirúrgica ha sido muy funcional eventualmente se podría pensar en hacer algo estructural porque los cirujanos cardiacos y los cardiólogos debería tener unidades compartidas porque prácticamente son los mismos pacientes.

El doctor Taciano comenta que actuaron en la creación de la Unidad Coronaria que sirvió y sirve como un “stand by” para la observación posterior al cateterismo eso permite que los especialistas sean más agresivos en el tratamiento y permiten mayor movimiento, o sea una jornada de ocho horas se estaría hablando de dieciseis pacientes en una sola jornada y un solo médico, esa es la

intención y recordando siempre que en la misma cama se tiene un solo equipo, no hay cama de hemodinamia en el área porque se está remodelando entonces la producción aun con esa deficiencia se está manteniendo, por otra parte otro logro es el arduo trabajo que se está haciendo en protocolos clínicos en el país que son novedosos como cardiopatía estructural que es ya muy avanzado y le permite manejar ciertas patologías e incluso migrar ciertas especialidades como lo hace el Hospital México en cirugía cardíaca tavi y viceversa.

El Director Barrantes Muñoz agradece el amplio y detallado informe; aprovecha para manifestar que es una oportunidad muy provechosa, en donde los responsables, administradores del manejo de lista de espera de un área específica de patología vienen a contar lo que hacen, los avances que se dan en la intercolaboración en términos de protocolos, optimización de necesidades sin intermediarios eso le gusta mucho y lo resalta porque es la línea, que considera, conduce a un manejo más acertado del tema, pero además le preocupa que solo se dé por recibido un informe con tantos detalles que evidentemente tiene una serie de temas que se le debe dar seguimiento, que hay oportunidades de mejora, hay necesidad de tomar decisiones pero como el informe viene fraccionado y no tiene conclusiones ni recomendaciones es un foro a nivel de Junta Directiva muy interesante pero le falta una parte de temas, especialmente, el tema de redes, telemedicina que considera son tema de fondos y que con todo el esfuerzo elaborado en las presentaciones realizadas debería darse un acuerdo que permita avanzar y sacar conclusiones y abordar finalmente recomendaciones y decisiones que se deben de tomar y no postergarlas, solicita no se dé solamente por recibido sino encomendar a la Gerencia Médica esa tarea a fin de poder dar seguimiento.

La Directora Soto Hernández comenta que es un orgullo pertenecer a este cuerpo colegiado de la mejor Institución del país, y cada jueves que sesionan se tienen sorpresas algunas no son del todo agradables pero hoy es un día diferente memorable por lo que agradece a los directores de los tres hospitales nacionales por la labor realizada así como por el informe presentado.

**Por lo tanto**, se tiene a la vista el oficio firmado por la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-17431-2016, fechado 30 de agosto del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

#### **“RESUMEN EJECUTIVO**

Los Hospitales México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y San Juan de Dios, proceden a presentar los respectivos informes con respecto a la lista de espera por procedimientos cardíacos según lo solicitado por la Junta Directiva.

#### **ANTECEDENTES**

1. La Junta Directiva en la sesión de fecha 25 de agosto del 2016, solicitó la presentación de un informe en relación con pacientes en lista de espera por procedimientos cardiacos y medidas tomadas para minimizar el riesgo en su salud.

#### **ACCIONES**

La Gerencia Médica mediante oficio GM-AJD-17220-2016 procedió a solicitar los diferentes centros hospitalarios que cuentan con dicha especialidad, el informe respectivo.

A esos efectos se adjuntan los siguientes informes:

- Oficio DGHM-2255-2016 de fecha 30 de agosto del 2016 suscrito por el Dr. Douglas Montero Chacón, Director del Hospital México.
- Oficio DG-4958-16 de fecha 29 de agosto del 2016 suscrito por el Dr. Taciano Lemos Pires, Director del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Informe del Hospital San Juan de Dios, suscrito por la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora del Hospital San Juan de Dios.

## **RECOMENDACIÓN**

La Gerencia Médica y las Direcciones Médicas del Hospitales México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y San Juan de Dios, una vez realizadas las presentaciones de los Informes sobre las listas de espera de procedimientos cardíacos, recomiendan a la Junta Directiva dar por recibido los respectivos informes, adjuntos al oficio GM-SJD-17431-2016 de fecha 30 de agosto del 2016”,

y la Junta Directiva, una vez realizadas las presentaciones de los Informes sobre las listas de espera de procedimientos cardíacos en los Hospitales México, Rafael Ángel Calderón Guardia y San Juan de Dios –unánimemente **ACUERDA** por recibidos los informes, que se adjuntan al citado oficio número GM-SJD-17431-2016 y, a su vez y conforme con lo planteado en la parte deliberativa, solicitar a la Gerencia médica que dé seguimiento a las listas de espera en los procedimientos en referencia.

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

La doctora Balmaceda Arias, los doctores Lemos Pires, Ugalde Muñoz, Arauz Chavarría y Sibaja se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el doctor Marvin Agüero Chinchilla, Coordinador técnico del Programa Institucional de Regulación de Donación y Trasplante; las doctoras Marietta Dailey Araya, Coordinación Hospital Calderón Guardia; y Evelyn Morales L., Médico del Área de Atención Integral a las Personas.

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

## **ARTICULO 16°**

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-17079-2016, del 29 de agosto del presente año, que firma la señora Gerente Médico, que contiene la propuesta de fortalecimiento integral para la gestión de trasplante hepático en la Caja Costarricense de Seguro Social.

La exposición está a cargo del doctor Agüero Chinchilla, con base en las siguientes láminas:

A)



**Propuesta de Fortalecimiento Integral para la Gestión de Trasplante Hepático en la Caja Costarricense de Seguro Social**

**Gerencia Médica**  
Equipo Intergerencial Modelo Red Institucional de Donación y Trasplante  
22 de septiembre de 2016

B)



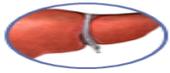
**Artículo 29 de la sesión 8827:**

“ACUERDO VEINTINUEVE: Instruir a la Gerencia Médica para que el Informe Gestión Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México sea analizado conjuntamente con el equipo Intergerencial que desarrolla la implementación del Modelo Institucional de gestión en red de donaciones y trasplantes, a fin de que, a partir de los estudios técnicos sobre la capacidad instalada y gestión, se presente una propuesta integral para la atención de los trasplantes hepáticos, en atención a los requerimientos de la población asegurada. Lo anterior, en un plazo de cuatro meses.”

C)



**Objetivo general:**



Realizar una propuesta integral para la atención de los trasplantes hepáticos en la Caja Costarricense de Seguro Social a partir de un análisis sistémico que integre la atención a los requerimientos de la población asegurada y en concordancia con el Modelo en Red de Donación y Trasplantes Institucional.

D)

**Situación actual de los Trasplantes Hepáticos en la Red de Servicios de la CCSS**

La actividad en trasplante hepático y cirugía hepatobiliar se ha venido realizando en los siguientes establecimientos de salud:

- Hospital San Juan de Dios.
- Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Hospital México.
- Hospital Nacional de Niños.
- Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar, adscrito al Hospital México.



E)



Las acciones realizadas en torno a los Trasplantes Hepáticos y cirugías hepatobiliares en la Red de Servicios de la CCSS, han sido objeto de análisis en los últimos años, debido al porcentaje de población que requiere de uno de estos tipos de procedimientos médicos y la importancia que su gestión se encuentre supeditada al Modelo de Red de Donación y Trasplantes, aprobado por la Junta Directiva.

F) Escenarios propuestos para Análisis.

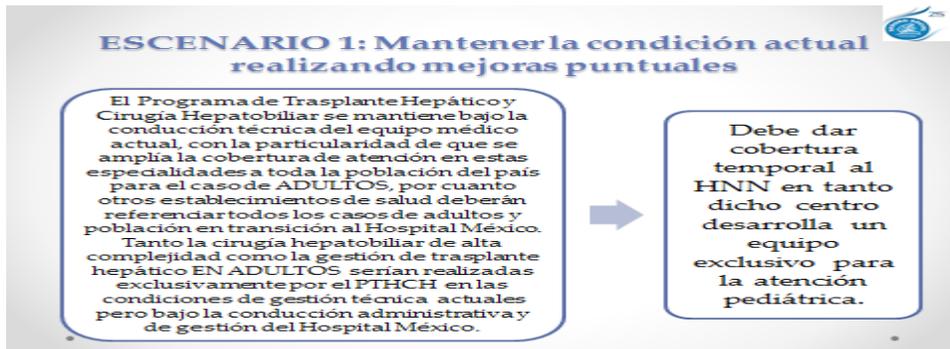
G) Principio fundamental:

- Enfoque en Red según el modelo de gestión en donación y trasplante aprobado por la Junta Directiva.
- Capacidad hospitalaria para la atención de la cirugía Hepatobiliar en sus diversos grados de complejidad.
- Desarrollo de habilidades de gestión clínicas y administrativas institucionales para garantizar seguridad en la atención de personas que requieren un trasplante

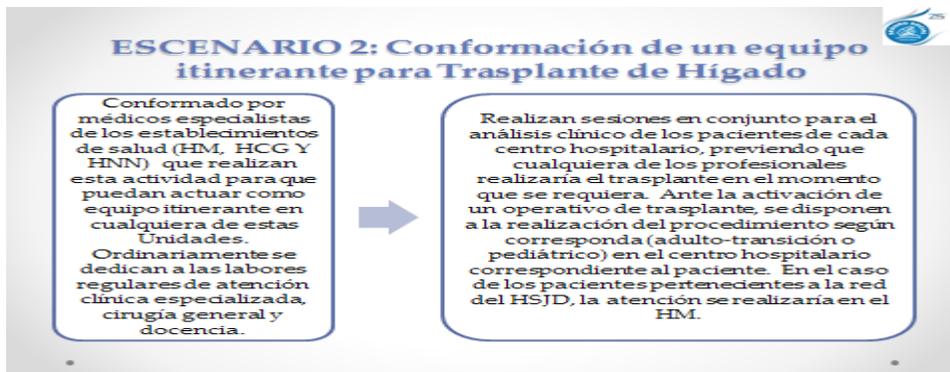
H)



I)



J)



K)

**ESCENARIO 3: Dos equipos de trasplantes**

Personal del PTHCH pasa al HCG y HNN según la adscripción actual de las plazas, constituyendo un único programa de trasplante hepático para adultos en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia y el pediátrico en el Hospital Nacional de Niños. Cirugía hepatobiliar de alta complejidad en adultos la realiza cada establecimiento de salud.

L)

**ESCENARIO 4: Dos equipos para atención para atención de trasplante adultos y población en transición (HM Y HCG) y uno pediátrico en el HNN**

Estrategia Institucional para Trasplante Hepático involucrando a 2 Hospitales Nacionales y 1 Hospital Nacional Especializado pediátrico. HCG-HNN-HM.

Se traslada el presupuesto asignado de la UP 2803 (Acuerdo de JD tomado en sesión 8824) y el personal administrativo a la Gerencia Médica para que desde la instancia definida para dicho fin, sea administrado y distribuido el recurso a los centros médicos para la atención EXCLUSIVA de la actividad de donación y trasplante.

M)

**ESCENARIO 5: Dos equipos de trasplantes**

Personal del PTHCH pasa al HM y HNN según la adscripción actual de las plazas, constituyendo un único programa de trasplante hepático para adultos en el Hospital México y el pediátrico en el Hospital Nacional de Niños.

La cirugía hepatobiliar de alta complejidad en adultos la realiza cada establecimiento de salud.

N)

Esta Gerencia Médica en acato al acuerdo de la Junta Directiva en el Artículo 29 de la sesión 8827, una vez analizados los escenarios presentados por el equipo intergerencial sustentados en los estudios tanto de capacidad instalada como de gestión de la UP 2803, recomienda el escenario número 4 para el fortalecimiento del trasplante hepático en la red institucional de servicios de salud y que los recursos financieros de dicha UP sean administrados para tales efectos por la instancia que esta Gerencia considere. De este modo; se estaría impulsando el desarrollo de la actividad de trasplante hepático en los hospitales México, Calderón Guardia y Hospital Nacional de Niños

Explica el doctor Agüero Chinchilla que en mayo del año anterior la Junta Directiva aprobó un modelo de trasplantes basado en la red de gestión Institucional y había quedado pendiente la realización de estudios acerca de cómo se seguirían haciendo los trasplantes hepáticos a lo interior de la Caja, el equipo intergerencial tomó los resultados que arrojó el estudio de capacidad instalada y el estudio de gestión de esa unidad programática y a la luz del modelo que se basa en la red de servicios de salud Institucionales hace el siguiente planteamiento; actualmente la actividad de trasplante y cirugía hepatobiliar se viene realizando en los hospitales nacionales y en algunos hospitales regionales porque cuando se habla de cirugía hepatobiliar incluye desde la simple colecistectomía en adelante hasta las cirugías de alta complejidad del hígado y del trasplante, aunque siempre se habla del trasplante hepático y vincula la cirugía hepatobiliar

realmente el foco de atención se le da es a la actividad meramente a la cirugía de trasplante hepático, esto no excluye a los otros hospitales por si solos hacen cirugía hepatobiliar; las acciones realizadas en torno a trasplante hepático y cirugía hepatobiliar han sido objeto de análisis en los últimos años con un antecedente jurídico muy importante, esto es que se han tomado decisiones anteriormente por otras administraciones basados prácticamente en criterios jurídicos en los que quizá la Institución no tenía los elementos técnicos que actualmente tiene para tomar decisiones basadas en evidencia de productos que de por sí solo la Institución genera, esto con un panorama más claro en este tema, con una política integradora de trasplantes que ya se tiene y con modelo de gestión es más fácil poder ver el panorama de cómo poder insertar el tema de trasplante hepático actualmente; el equipo intergerencial propuso algunos escenarios de manera que se pudieran considerar a la hora de la toma de decisiones el principio fundamental de este producto es seguir dando el enfoque en red que la Junta Directiva le ha dado a la gestión en trasplante, también valorar la capacidad hospitalaria para la atención de cirugía hepatobiliar en sus diferentes grados de complejidad y sobre todo desarrollar habilidades de gestión clínica y administrativa para garantizar seguridad a la atención de las personas que requieren un trasplante de este tipo; de ahí que se toman en cuenta diferentes criterios como son continuidad de los servicios, infraestructura, el “ius variandi” y otros criterios legales de los cuales ya se cuenta con un criterio legal para que sea considerado por esta Junta Directiva ante cualquier acuerdo que tomen, se requiere un proceso de transición para la implementación de las estrategias.

Señala el doctor Agüero que a modo de resumen en el primer escenario que se consideró es dejar la situación actual de un programa de trasplante hepatobiliar que da la cobertura en el Hospital México y que este dará soporte al Hospital Nacional de Niños tomando en consideración todas las observaciones que hace la Auditoría en el este tema del manejo de la gestión de este programa así como en el informe de la capacidad instalada y de gestión. El segundo escenario sería un escenario funcional en el que médicos de los establecimientos México, Calderón Guardia y Hospital Nacional de Niños integraban un único equipo de trasplante y desde el punto de vista de análisis de clima organizacional es muy difícil que se pueda realizar porque hay un espíritu de in gobernanza por parte de algunos miembros de estos programa que genera una brecha importante en la organización y en la toma de decisiones. En el tercer escenario es el personal del programa de trasplante hepático que se pase al Hospital Calderón Guardia que también tiene un equipo de trasplante hepático para adultos y el personal que aun pertenece al Hospital Nacional de Niños se traslade y que continúe realizando únicamente trasplante pediátricos constituyendo un único trasplante para adultos en el Calderon Guardia y uno pediátrico en el Nacional de Niños, y que la cirugía de alta complejidad por sí sola hay evidencia de que los tres hospitales nacionales realizan este tipo de cirugías. En el cuarto escenario es mantener dos equipos para la atención de trasplante hepático y que por densidad poblacional considera que esta bien porque se recomienda que por cada dos millones de habitantes se tenga un programa de trasplante para adultos y un valor agregado como país, porque se tiene todas las condiciones para desarrollar no solo los dos programas hepáticos de adultos sino que se tiene la infraestructura para desarrollar un programa específico para el Hospital Nacional de Niños porque ellos se pueden ver beneficiados no solo con donantes cadavéricos sino también con donante vivos de ahí que se ha considerado en dar ese “pull” adicional que la Institución puede desarrollar un propio programa para el Hospital Nacional de Niños.

Pregunta la doctora Sáenz que cuál es el historial de trasplante que tiene la Institución a nivel de país para valorar tener uno o dos equipos, el Dr. Agüero Chinchilla contesta que el promedio de

trabajo que hacen los dos equipos es de cuatro a seis trasplantes anuales, el año anterior se tuvo una mayor tasa de donación y se realizaron mayor cantidad de trasplantes; como ahora se va de la mano enfocando la donación puede favorecer lo que no se ha tenido en tiempos anteriores que es una mayor cantidad de donantes y si se puede mejorar la técnica quirúrgica de donante vivo se puede mejorar la cantidad de trasplante que actualmente se hace.

La señora Presidenta Ejecutiva consulta que si el equipo ha valorado en esa proyección de trasplante, que lo pertinente para el país es tener dos o un solo equipo equipos quirúrgico.

Contesta el doctor Marvin Agüero que lo ideal y por las condiciones que han visto en el sentido de que el país se puede potencializar el país haciendo proyecciones de dos equipos hepáticos para adulto eso si dejando aparte el del Hospital Nacional de niños, cuenta una experiencia reciente de hace unos dos meses que en un solo día se presentaron dos donantes en el mismo hospital entonces la necesidad de maximizar ese donante permita activar los dos equipos (Calderón Guardia y Hospital México) para que ambos pudieran realizar trasplante; si no se tuviera esa posibilidad se perdería una oportunidad además siempre se ha considerado la posibilidad de que la tasa de donación en Costa Rica aumente con una mayor identificación de donantes porque se tiene coordinadores de donantes en todos los hospitales esto mejora sustancialmente la capacidad de poder identificar donantes estos sacando el Hospital Nacional de niños que tienen su propia dinámica, según estudio realizado por una estudiante en España idealmente se debe de tener para trasplante renal es millón y medio de habitantes aproximadamente, para trasplante hepático unos dos millones de personas por equipo y para trasplante corazón pulmón unos cuatro millones, de manera que a como se está organizando la Institución no estaría tan mal a las proyecciones de un país que pueda tener una tasa de donación mayor de ocho o diez, el año anterior la tasa de donación fue de 7.1 por millón de personas, agrega que actualmente se está vigilando la optimización de donantes el riesgo es que quede en un solo equipo la decisión de utilizar o no un donante, lo que quiere decir es que si no se hace una vigilancia de los donantes probablemente muchos trasplantes no se realizan por criterio de un único equipo no se maximiza el donante que es algo que se está llevando de la mano con el Ministerio de Salud la normalización nacional para la identificación de potenciales donantes, eso es lo ocurre, se preguntarán porque es que se hacen tanto riñones versus tan pocos hígados es porque los criterios de asignación no se han estandarizado entonces se tienen un grupo que maximiza los donantes que se ofertan como equipo pero hay otro equipo que no maximiza la utilización de donantes, se han tenido donantes de 28 y 29 años que no se han utilizado, precisamente por eso la recomendación es que exista mínimo y por densidad poblacional y por consideraciones técnicas un mínimo de dos equipos de trasplante hepático. El quinto escenario es formar dos equipos de trasplante que el personal del programa de trasplante hepático pase al Hospital México y al Hospital de Niños según la adscripción de las plazas pero que el personal del Calderón Guardia se desplazara al Hospital México pero por el tema de clima organizacional se sabe que no es posible y manifiesta que ha observado que ambos sitios tienen una organización muy “sui generis” sin embargo es importante que la Junta Directiva conocieran los cinco escenarios que han sido analizados a la luz del modelo en red y en conjunto con la Gerencia Médica con la doctora Villalta que tiene un conocimiento bastante amplio en el tema y coincide en que el escenario que se puede desarrollar es el escenario N° 4° en donde se propone como Gerencia se analice incluir en el modelo de gestión aprobado desde el año pasado al cuarto escenario y que los recursos financieros de dicha unidad programática sean administrados para tales efectos por la instancia que la Gerencia Médica considere, que se de un proceso de transición donde el personal que está en el Hospital

México se termine de adherir a la estructura administrativa del Hospital México, los recursos financieros sean administrados por la Gerencia Medica, que cada uno de los tres hospitales presenten su programación, su plan, que esos recursos sean inyectados a la red y de esa manera quedaría un programa de trasplante en el Hospital México, otro en el Calderón Guardia e ir progresivamente desarrollando uno exclusivo para niños algo que sería el único en Centroamérica y que se tiene la posibilidad de hacerlo en el país en estos momentos. Esto se incorporaría al modelo de gestión que por si los trasplantes renales cardiopulmonar y el resto de trasplantes se hace sobre la plataforma Institucional además ya existe de previo un criterio de la Dirección Jurídica desde el año pasado donde precisamente recomienda que se hicieran los estudios pertinentes que ya han sido deliberados en esta Junta Directiva que son capacidad instalada y gestión para poder toma una decisión bajo un panorama más claro en este tema.

Explica el Dr. Agüero al Director Devandas Brenes que existe una unidad programática, que en algún momento un paciente que recibió un trasplante solicitó a la Sala Constitucional que la Caja tenga un programa exclusivo para adultos porque inicialmente fue con niños, a raíz de esa situación la Caja se vio en la obligación de iniciar un programa y a la Junta Directiva se le trajo la idea de que lo que se requería en ese momento era que todos los recursos financieros se tuvieran aparte, que no sean recursos hospitalarios, así que se creó una unidad programática para este tema y con el tiempo adoptó el nombre de Centro que ni siquiera tiene estructura organizativa como tal sino que siempre debió depender como una estructura hospitalaria, trató de estar en el Hospital de Alajuela, en el Calderón Guardia, en el San Juan de Dios y por último se instala en el Hospital México la decisión en ese momento de la Gerencia Médica fue de girar instrucciones al Hospital México para que incorpore a ese personal, el personal no estando satisfecho introduce una demanda al tribunal contenciosos administrativo y el tribunal dicta que no es el hospital México el que toma esa decisión sino que es un órgano superior, y ese órgano superior es la Junta Directiva, durante mucho tiempo ese equipo ha estado según lo que se evidencia en el informe de gestión y en el de capacidad instalada gestionando a medias con el hospital México pero también tienen su propio alquiler de edificio, su presupuesto para guardias y disponibilidades no hay un control cruzado de esas disponibilidades excepto que cuando el Tribunal contencioso le ordena al Hospital México incorporarlo a su estructura si hace una observación, y es que para que se pueda volver a incorporar a su totalidad a la estructura del Hospital México, la decisión la toma el órgano superior que fue la misma que lo creó, y en base con el principio de la administración pública que la caja como autónoma en algún momento se pueden analizar las decisiones y enmendar con el fin de la mejora lo ideal es que si los trasplantes se hacen sobre la red Institucional plataforma Hospitalaria el trasplante Hepático siga siendo considerado de tanta prioridad como cualquier otro pero sin ser de la estructura organizativa financiera de un hospital, porque el problema es que ellos presentan su propio plan anual operativo (PAO) por aparte del Hospital México las metas son diferentes y resulta que se tienen cirugía hepatobiliar en el México y hay cirujano hepatobiliar en el otro programa donde deberían estar consolidados fortaleciendo el único hospitalario.

El Director Loría Chaves consulta que tanto en el Hospital Calderón Guardia como en el Hospital México se hacen trasplantes de manera que ya funcionan en ambos hospitales entonces cuál es la demanda en trasplante de hígado.

Don Marvin contesta que en estos momentos hay en registros aproximadamente unas 60 personas, no obstante como se está creando este sistema de organización y regulación es factible

que esa demanda aumente porque los criterios que influye para ser trasplantados no se habían consensuado hasta ahora que se hace de la mano con el Ministerio de Salud.

Comenta don José Luis que es muy importante y que esto tiene como tres tiempos, uno los asegurados que están listos que son como 60, otra pregunta cuál es el flujo de donaciones que hay, contesta el Dr. Agüero son siete por millón de personas unos 35, finalmente señala don José Luis cuál es la demanda real porque entonces sino están homogenizados los criterios la demanda real no está contemplada y puede ser que muchos asegurados estén necesitando este procedimiento que no estén listos y es muy importante definirlo para estar claro en las políticas, tienen entendido que la producción en el centro del México es muy baja.

Explica el doctor Agüero que precisamente están analizando desde este año y solicitando que rindan cuentas en el sentido de que muchos hospitales de la red les han procurado el donante y resulta que no se utiliza, no se ha tenido ese instrumento de normalización que actualmente se tiene para poder dar continuidad a ese proceso porque son muy pocas donaciones pero si se incentiva a esos hospitales y se mejora la práctica de donante vivo otras personas se pueden ver beneficiadas de ahí la importancia que este tema deje de tener la falsa idea de independencia administrativa que es el hecho de gozar de una unidad programática separada y que sean incorporada en esa parte administrativa de regulación que debe de tener de un hospital y de un programa como creado en donación y trasplante por eso se recomienda que de manera sana sea administrada desde el punto de vista financiero por la Gerencia Médica y que los programas se incorpore n a la plataforma hospitalaria para realizar todo el seguimiento de productividad así como la maximación de donantes que se oferta.

El Director Fallas Camacho se refiere a la incidencia actual de la patología que requiere trasplante a nivel nacional a efecto de tener la mejor preparación para dar respuesta a esa necesidad, es un punto dentro de lo que científicamente se recomienda, para saber cuál es la carga que se puede tener por supuesto considerando proyecciones, ahora cada uno de los escenarios presentados tienen diferentes consecuencias desde el punto de vista administrativa financiera, eso es importante no solo buscar la mejor alternativa sino que sea sostenible en el tiempo, porque de pronto se puede pensar que un equipo de trasplante esta solo esperando que aparezca un donador para empezar a actuar es muy riesgoso, claro que una vida no tiene precio pero en el tanto se use recursos para un patología se están quitando para atender otras vidas la posibilidad de salvarse es necesario conocer en cada escenario la parte administrativa financiero y conocer la mecánica del quehacer de estos equipos.

El señor Marvin Agüero contesta que efectivamente se ha incorporado unos cuadros al documento final de un análisis que incluye las ventajas y desventajas así como las implicaciones tanto administrativas financiera que cada uno de los escenarios pueda llevar porque precisamente lo que se quiere aprovechar es el modelo que desarrolla el hospital por ejemplo el Calderón Guardia son un equipo de alta respuesta que están insertos en el quehacer del hospital, maximizan la cirugía hepatobiliar que demanda la red dicho hospital pero que cuando hay un trasplante funcionalmente se integran y se abocan a la actividad del trasplante sin dejar de lado tiempos ocioso en donde bajan la productividad, todo eso está en el informe de capacidad de gestión donde dos grupos diferentes realizaron un análisis de productividad y se observa que quedan muchos vacíos en el equipo que está asignado al Hospital México en términos de

productividad. Para cada escenario está el análisis de las ventajas y desventajas y los riesgos que asume tomar cada uno de los escenarios.

Don Renato expresa que le preocupa ese equipo en particular en el sentido de cómo articularlo con los médicos porque ya se tuvo una situación muy seria acerca de las voluntades de trabajo que se tenía o cuáles eran las disposiciones que se deben tener y que viaja de un hospital a otro era porque nadie quería tener al equipo y no a la unidad de trasplante, desea saber si ya se dio esa conversación para que funcione porque al final lo que interesa es que opere y se hagan los trasplantes y no se convierta esto en una conversación estéril porque un funcionario que no quiere operar sino tiene unas u otras condiciones “particulares”.

Manifiesta la doctora Sáenz que se tienen tres equipos; el del Hospital Calderón Guardia, el del Hospital México que está adjunto al Hospital México pero no en el Hospital, y un poco incipiente el del Hospital Nacional de Niños por eso dice que son como dos y medio, en el caso del Calderón Guardia está inserto en la estructura organizativa del Hospital por lo tanto quien organiza, controla, direcciona el tema en ese hospital es el director y entra dentro del presupuesto hospitalario, se tiene otro modelo que explicó el doctor Agüero que se creó hace algunos años como un centro y que estaba fuera de los hospitales física y financieramente que son los que hacían trasplante y que tienen la experiencia de andar migrando, y actualmente está en una casa fuera del hospital que en algún momento si bien se creó para trasplantes al incluir en algún momento el tema de hacer cirugía hepatobiliar, y según se indica también la hace el hospital. Ahí hay un tema de coordinación de los equipos quirúrgicos, ese centro tiene plazas como propias y unas que son del Nacional de Niños asignadas para el apoyo en la parte infantil pero la realidad es que están en el México, observen la complicación; quien autoriza las vacaciones, quien da seguimiento es un híbrido en esa creación que genera por algún lado al grupo que lo tiene ciertos grados de libertad que los otros grupos no lo tienen por lo tanto cierto grado independencia u autonomía. Este tema es como la tercera vez que ha venido a la Junta Directiva y se le ha pedido al equipo que profundizara en el estudio con eso la administración lo que busca es poner orden y a todos en las mismas condiciones, y que favorezca el trasplante porque al final hay una política en el país y la Caja está involucrada en esa línea.

Don José Luis lo que pasa es que no se está dando la solución al problema la verdad se les debe de decir es que es un servicio del Hospital México y deben de hacerlo o trasladarlo al Hospital San Juan de Dios y que funcione como un servicio más del San Juan de Dios dentro de la corriente Institucional así es como debería de funcionar y no como una unidad programática, considera que no debe de existir esa unidad programática, si la unidad programática se pasa a la gerencia no solo se le recarga más trabajo a la gerencia sino que sigue funcionando como una unidad programática más y repite no debe de existir y si la gerencia se lo quita al México se genera un problema; si no se resuelve de esa manera ese problema va a seguir.

El Director Alvarado Rivera coincide con don José Luis en el sentido que se debe de eliminar la unidad programática y que se adscriba al hospital como un servicio más.

La doctora Villalta aclara que tienen una farmacéutica, dos microbiólogos que podrían irse al México a seguir apoyando y tienen una administradora encargada y control de presupuesto de una caja chica que se podría redistribuir por ejemplo en el centro de citologías que hace falta.

Comenta la doctora Sáenz que con eso el argumento que se ha hecho público de que se está desmembrando el centro sea todo lo contrario a lo que se está haciendo, pues se está fortaleciendo con la red del hospital.

El Director Barrantes Muñoz opina que lo que entiende de este tema es que en materia de trasplante que hace varios años ya, no estaba inserta en una política claramente definida, empezó en el Calderón Guardia pero fue generando en la Institución quizá históricamente necesaria pero organizacional e Institucionalmente perversa porque son de feudos, es un antecedente y así inician a suceder las cosas ese esfuerzo que inicia la Institución se debe de incorporar esas experiencias y articular esas políticas en red considera que es ese esfuerzo que la Junta Directiva dando seguimiento porque inicio con la administración anterior y a partir de observar experiencias como funciona en España, Argentina, Uruguay que son los referentes para avanzar en la construcción de una propuesta obviamente se va a enfrentar con las herencias del pasado y eso se puede ver como una amenaza a esfuerzos realizados pero eso no se debe insertar en una perspectivas más que de potenciar el tema de ahí que le parece el esfuerzo realizado desde la gerencia con el doctor Agüero y el equipo que viene trabajando con la misión de articular esa propuesta. Los escenarios presentados le parecen muy objetivos y tienen una virtud porque en la propuesta se asoma algo que da una luz en el tema de redes, eso puede ser una pista de esfuerzos institucionales en términos de articulación de recursos institucionales a futuro, de ahí que le parecía bueno que se trasladara a la Gerencia Médica para que asuma desde ahí la coordinación general pero lo planteado por don José Luis le parece una variante del escenario pero se debe de considerar que el esfuerzo de articular red no se rompa, el mayor objetivo de ser aprovechar siempre la capacidad instalada y las oportunidades que se presentan de donantes en resumen los escenarios presentados no son definitivos pero ayudan a acercarlos más para avanzar en la dirección necesaria que no será fácil por los temas de orden emocional pero se debe de trabajar mucho de poder hacerlo viable en clima organizacional y de generación de confianza en el desarrollo de la propuesta no se logra va a topar con muchas dificultades.

Por su parte don Renato comenta que el tema de la unidad programática del Hospital México es que es independiente que no está articulada en red sino que es del hospital, lo que se trasladaría es la unidad programática a la gerencia no una unidad de articulación en red de los trasplantes es que es un concepto diferente, lo ideal es que efectivamente existe un órgano coordinador de todos los equipos de trasplantes para que se puedan trasladar los órganos y que pueda haber una coordinación y se debe de definir donde va a estar si en la gerencia o si en el hospital, lo que no debe de existir es una unidad independiente porque es un esfuerzo de la Institución en donde no están maximizados los recursos.

En la misma línea se refiere la señora Presidenta y considera que existe una claridad y éste órgano colegiado ha apoyado una política en el tema de los trasplantes, la cual es una prioridad de la Junta y en esa lógica lo que trata es ordenar y fortalecer la respuesta en trasplante siendo para eso planteado que la unidad programática se incorpore a la unidad del Hospital México y es importante decir que no se verían afectados los recursos y estará el nivel de supervisión, y respecto de la preocupación de don Rolando aclara, que la coordinación nacional del trasplante que la tiene el doctor Agüero pertenece a la Gerencia Médica y se seguirá fortaleciendo las actividades y el trabajo de coordinación en red, y si fuese necesario traer una propuesta para seguir fortaleciendo la traerían pero solicita se separen dos cosas, porque por un lado se está tratando de resolver el tema del acto de los trasplantes en sí mismo y luego el tema de la coordinación que es la lógica que este equipo ha planteado desde el principio eso es el trabajo en red entre otros.

Don Mario comenta que el doctor Agüero se refirió a asuntos legales y dijo que cuando se decidió que esa unidad se articulaba al Hospital México la sentencia es que la Junta Directiva debía tomarlo y no el Hospital México.

El doctor Agüero aclara que en ese momento cuando el Hospital intentó tomar las plazas fue una decisión que se tomó únicamente como hospital por eso es que ellos lo llevan al tribunal.

Don Mario señala que en el documento que tiene dice que la Junta Directiva en el artículo 20° de la sesión N° 8240 del 10 de abril del año 2008 tomó la decisión de trasladar físicamente los equipos y funcionarios del Centro de Trasplante Hepático y cirugía en forma definitiva al Hospital México y luego en el año 2009 se ordena suspender las acciones de ese artículo 20° hasta que no se resuelva la demanda, le genera duda y no quisiera volver a tropezar porque fue un acuerdo de Junta Directiva y luego deciden suspender el acuerdo hasta que se resuelva la demanda.

El doctor Agüero explica que en oficio de la Dirección Jurídica del 19 de agosto del año 2015 explica que lo que la Junta Directiva aprobó en ese momento fue el traslado físico del personal y de la unidad programática, en la interpretación auténtica que le da el Tribunal no dice la unidad programática pasa insertarse a la estructura organizativa del Hospital México sino que es un traslado físico para que trabaje conjuntamente con el hospital, la propuesta es que basado en el modelo de gestión de donación y trasplante sobre la plataforma Institucional de la red estos pasen a ser parte de un servicio del Hospital México, concluye la Dirección Jurídica que precisamente esa potestad que tiene la Junta Directiva es la que no se interpretó en el sentido estricto del acuerdo por parte del Tribunal y la Dirección Jurídica concluye que es viable la modificación o eliminación de la unidad programática del Programa Nacional de Trasplante Hepático siempre y cuando el servicio no se suspenda para la población que así lo requiera y dicha modificación o eliminación se fundamente en los estudios técnicos necesarios que precisamente por eso se ordenó hacer el estudio de capacidad instalada, el de gestión que se realizaron en diferentes momentos y de por sí se cruzan con los informes de auditoría realizados en ese sentido a esa unidad programática y a los principios de proporcionalidad, razonabilidad, mayor optimización de los recursos tanto humanos como infraestructura y tecnología e inclusive en la vista a la Sala Constitucional después de que la doctora Sáenz y doctora Villalta terminan sus deliberaciones le llaman a él personalmente – Dr. Agüero- y los magistrados se interesan porque saben que hay un segundo equipo que trabajan sobre la plataforma hospitalaria y le preguntan qué es lo que ven más viable para desarrollar en el país a lo que comenta que si Costa Rica fuera un país heterogéneo con diferentes sistemas de aseguradores podría ser válido pero en un sistema donde el asegurador social es universal lo ideal por ámbito de orden administrativo es que cada programa trabaje bajo la plataforma ya existente y eso los magistrados lo vieron con muy buenos ojos y a partir de ahí la judicialización de este tema ha perdido poder porque 15 recursos de amparos en este año en este tema, la Sala Constitucional ha dado las decisiones a favor de las decisiones que tome la Junta Directiva y Gerencia Médica en el tanto no afecten la prestación de servicio, el entendimiento de la Sala constitucional dio otro giro totalmente.

En ese sentido don Mario llama la atención en la importancia de la redacción de los acuerdos de Junta Directiva, porque si él –don Mario- lee el acuerdo 20° del 10 de abril del año 2008 y el espíritu es absolutamente claro en el mismo sentido que se ha deliberado aquí, que se incorpore el

Centro de Trasplante Hepático y Cirugía a la estructura organizacional y administrativa del Hospital México programa que inicialmente tendrá una cobertura nacional, eso fue en el año 2008, no entiende como cupo una demanda y la Junta Directiva anula ese acuerdo, llama la atención para que se aclare muy bien aun cuando existe la nota de la Dirección Jurídica a fin de repetir un error, porque el texto es claro pero el Tribunal en una instancia lo interpretó de manera diferente.

Por su parte don Renato dice que es un tema histórico, el acuerdo que se tomo inicialmente y después por un tema de personas hubo que modificar lo que se hizo porque se generó un lío y no se tenía ningún otro equipo de trasplante más que ese, era casi un secuestro literalmente para poder continuar con los trasplantes fue necesario modificar la propuesta de acuerdo de la Junta Directiva para continuar realizando los trasplantes y crear la unidad programática independiente.

Interviene don Mario se refiere al escenario cuatro que considera que es el más pragmático plantean unos riesgos muy difíciles para la Junta Directiva porque dice, probable demanda con respecto de la falla orgánica del trasplante hepático en el país, para justificar la existencia de tres equipos especializados lo anterior conforme a los indicadores establecidos por una organización de España, menciona don Mario que eso es distinto a lo dicho por el doctor Agüero cuando dijo que por cada 400 mil personas se les da un equipo lo que están diciendo entonces es que no se justifican tres equipos o sea dicen lo contrario.

El Dr. Agüero aclara que, por cada millón de habitantes, se recomienda un equipo; en términos epidemiológicos lo que trata de decir es que sustentados los criterios de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) probablemente se tenga una demanda insatisfecha como un panorama mayor al que se tiene, porque con la normalización y al poner dos equipos a trabajar con los mismos criterios de la Institución la demanda puede ser mayor.

Finalmente, don Mario considera que el riesgo es al normalizar este tema la Institución va a ser incapaz de satisfacer la demanda que el país pueda generar, y ese riesgo se puede presentar para todos los escenarios. Además desea conocer cuál es la desarmonía que plantean los especialistas, cómo se puede limar esas asperezas porque es muy pragmático y no entiende ni le gusta cuando dicen que no se puede porque no hay gobernanza.

La señora Presidenta Ejecutiva le contesta a don Mario que cuando se tiene un equipo que no está incluido dentro de un hospital y que de alguna manera es el más antiguo y de alguna manera ha tenido alguna presencia en los medios y que recibe algunos recursos por estar en ese centro y hay otro equipo que está inmerso en un hospital que no recibe esa condición, esa es la razón de la desarmonía.

Don Mario manifiesta que entiende lo de “entonces yo defiando mi capa” y pregunta es imposible que se realice un taller o seminario porque pueden haber observaciones importantes a tomar en cuenta para lograr la armonía. Respecto de la gobernanza considera don Mario que en Costa Rica debería de existir un solo centro nacional de trasplante con dos o tres equipos de especialistas, realmente le preocupa que los hospitales nacionales hagan lo mismo, por el tamaño de Costa Rica se debe de ir avanzando hacia la especialización de los hospitales sino se tendría hospitales triplicados, ahora bien cuantos especialistas se estaría hablando, cuántos son los médicos, cuáles son los equipos especializados en fin para conocer en recursos humanos de que se está hablando

así como saber si los especialistas solo hacen trasplantes o si pueden hacer otro tipo de cirugía en fin el aprovechamiento que se pueda hacer del recurso humano.

Responde el doctor Agüero que en la ley del año 1994 de trasplantes, la tendencia mundial en ese momento era precisamente crear centros que concentraran la actividad de trasplantes el modelo uruguayo era así, tenían el hospital Universitario de Montevideo donde desarrollaban la actividad de trasplantes; como las redes fueron aumentando la procuración de donantes y se fue aumentando la cantidad de trasplante la demanda empezó a aumentar y según las políticas de los Estados Unidos que son las que dictan calidad en este tema que cuando un programa de diálisis renal empieza a mejorar sus capacidad de respuesta con ambulatoria, hemodiálisis ofrecen trasplante como una alternativa que mejora la eficacia y la experiencia del equipo pero que además garantiza mayor accesibilidad a una población, en el sentido de que el país ha ido ordenando las redes es un ejemplo claro de cómo un sistema sanitario universal prestador de servicio podría maximizar el personal, en ninguna parte de los otros programas se tiene personal que se dedique solo realizar trasplante sino que es el mismo personal sanitario que se va perfeccionando en cirugía de alta complejidad, es el urólogo que entra más allá del uréter, es el cirujano de abdomen que entra mas allá de la vía biliar, el que precisamente desarrollando esas habilidades quirúrgicas en el momento que se vino el trasplante es el ideal para que lo haga, por eso es el fundamento de que actualmente si bien es cierto los centros que están concentrados en algunas actividades como oncológicas o trasplantes que en algún momento se visualizó y se pensó de esa manera actualmente se aboca a canalizar mas accesibilidad a la posibilidad de tener un trasplante y de las unidades que tienen programas complejos de terapia renal tengan su programa de trasplante, considera que si en un hospital se abre un centro de diálisis es porque ese centro está capacitado para en un futuro hacer un trasplante renal por tema de maximación de recursos la economía española ha determinado que para estas poblaciones se maximice el personal, y la idea es esa que los funcionarios se inserten a la estructura hospitalaria den el soporte administrativo requerido pero que el personal hospitalario en lugar de haber una duplicidad de agenda en un hospital México que tiene la mitad de quirófanos abiertos en este momento, maximizara el equipo quirúrgico y se uniera a los servicios se maximiza en la cirugía pato biliar y en el momento que llegue un trasplante hepático se aprovecha para el trasplante, es lo que se pretende aprovechar no esos espacios de productividad que quedan evidenciado en los informe de gestión y de capacidad instalada.

Don Mario pregunta que si el Centro Hepático del México solo hace trasplantes.

Don Marvin contesta que primero está mal llamado Centro, es un programa, en segundo lugar se brincan toda la red y resulta que si un médico del Ebais de Pacayas y tienen un paciente con una masa en el hipogástrico y lo envía al programa del México, y resulta que es una vesícula, la vesícula la operan entonces la oportunidad de otra persona que está en lista de espera del Max Peralta a cuatro años, el paciente que llega del Ebais porque el médico general lo envió y la doctora lo recibe por no estar inserta en el modelo de red de servicio de salud de referencia y contrareferencia su justificación quirúrgica evidenciado en el estudio una colecistectomía, y una colecistectomía la hacen en Cartago un trasplante hepático lo hace el Hospital México cuando el paciente por una adecuada normativa que se regula que la puede supervisar no a la libre como han estado puede ser que no hagan trasplante pero lo justifican con otro tipo de cirugía, se tiene evidencia de que los hospitales México, San Juan de Dios, Calderón Guardia tienen cirujanos

hepatobiliares solo que hay un grupo de hepatobiliares que avanza al trasplante esa es la diferencia.

A una consulta de la señora Gerente Médico el Dr. Agüero contesta que se tienen tres médicos pediatras que pueden realizar trasplante hepático, dos cirujanos de adultos en Calderón Guardia y una estudiante que se está formando en España y sumaría tres y un posible candidato en el hospital de niños para que el próximo año haga cirugía de trasplante y se espera dentro de las proyecciones tener un equipo de al menos ocho especialistas. Adiciona que cuando se tiene un trasplante se activa todo el hospital realmente no se soluciona nada teniendo tres o cuatro personas por aparte porque el trasplante necesita toda la estructura en red, realmente lo que se necesita es formar un máximo de cuatro a cinco cirujanos, actualmente existen 3 médicos especialistas en el programa del México y dos en el Calderón Guardia.

Agrega la doctora Villalta que el doctor Sánchez ya tiene la edad de pensionarse se está formando en el Calderón Guardia y es del mismo Calderón Guardia.

A modo de resumen la Dra. Villalta dice que lo que entendió es que la Junta Directiva desea que se elimine la unidad programática y los recursos financieros se queden en el hospital.

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

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores excepto por el Director Devandas Brenes que vota negativamente.

**Por lo tanto**, se tiene a la vista el oficio que firma la señora Gerente Médico, Nº GM-SJD-17079-2016, fechado 29 de agosto del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

**“RESUMEN EJECUTIVO:**

La Gerencia Médica presenta la propuesta de fortalecimiento integral para la gestión de trasplante Hepático en la Caja Costarricense de Seguro Social elaborada por equipo intergerencial, representado por el Dr. Marvin Enrique Agüero Chinchilla, coordinador técnico del Programa Institucional de Regulación de Donación y Trasplante.

**ANTECEDENTES**

1. La Junta Directiva mediante el artículo 29º de la sesión Nº8827, acordó: “(...) instruir a la Gerencia Médica para que el Informe Gestión Programa de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Hospital México sea analizado conjuntamente con el equipo intergerencial que desarrolla la implementación del Modelo institucional de gestión en red de donaciones y trasplantes, a fin de que, a partir de los estudios técnicos sobre la capacidad instalada y gestión, se presente una propuesta integral para la atención de los trasplantes hepáticos, en atención a los requerimientos de la población asegurada”

**ACCIONES**

Se adjunta la propuesta de fortalecimiento integral para la gestión de trasplante Hepático en la Caja Costarricense de Seguro Social elaborada por equipo intergerencial ...”,

habiéndose realizado la presentación de la citada que ha sido elaborada por el equipo intergerencial, y tomando en consideración que:

- La Caja Costarricense de Seguro Social como ente prestador de servicios de salud, debe proteger el Derecho a la Salud que tienen todos los usuarios, y garantizar la prestación de un servicio público continuo, eficaz, eficiente, sin discriminación, adaptable, transparente y solidario, atendiendo siempre a los principios de proporcionalidad y razonabilidad.
- La Institución goza de autonomía administrativa que garantiza el ejercicio de la función administrativa necesaria para el desarrollo de la competencia material del ente, y ésta comprende el dictar los actos jurídicos y materiales necesarios para el cumplimiento de los cometidos públicos.
- Que el Voto N°7532-2004 de la Sala Constitucional, pretendió que se le brindara la atención que requería la población con respecto al tema de trasplantes y la prestación de los servicios bajo los principios del servicio público y, en aras de optimizar los servicios de salud brindados a esta población y con el objetivo de mejorar la calidad de la atención brindada y con cobertura para la población pediátrica y adulta,

y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el informe presentado en el oficio número GM-SJD-17079-2016, de fecha 29 de agosto del año 2016 y, por ende, dar por atendido el artículo 29° de la sesión N° 8827.
- 2) Aprobar la Estrategia Institucional para Trasplante Hepático abordada en el escenario 4, con el objetivo de continuar el fortalecimiento del Programa y según se detalla a continuación:

**ESCENARIO 4:** dos equipos para atención para atención de trasplante adultos y población en transición (HM –Hospital México- y HCG –Hospital Calderón Guardia) y uno pediátrico en el HNN (Hospital Nacional de Niños).

**DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO:** estrategia Institucional para Trasplante Hepático que involucra a dos Hospitales Nacionales y un Hospital Nacional Especializado pediátrico (Hospitales Calderón Guardia, Nacional de Niños y México -HCG-HNN-HM-. Se traslada el presupuesto asignado de la UP 2803 (acuerdo adoptado por la Junta Directiva en el artículo 17° de la sesión número 8800) y el personal administrativo a la Dirección Médica del Hospital México. Lo anterior, para la atención exclusiva de la actividad de donación y trasplante.

- 3) Aprobar el traslado de los recursos financieros, humanos y tecnológicos de la actual Unidad programática 2803 al Hospital México y, por tanto, eliminar dicha Unidad programática,

manteniendo la misma finalidad de dichos recursos, con el objetivo de agilizar la gestión de los recursos para prestar servicios oportunos y de calidad.

- 4) Instruir a la Gerencia Médica, para que continúe el fortalecimiento de la actividad de trasplante hepático en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia y en el Hospital Nacional de Niños.

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 17°**

**Se dispone** reprogramar, para la próxima sesión ordinaria, la presentación de los siguientes asuntos de la Gerencia Médica:

- a) **Proyecto de ley: atención artículo 5°, sesión N° 8863 del 19-09-16:** *se solicitó con base en las observaciones redacción final en relación con el Proyecto de ley Expediente N° 19.537, “LEY PARA PROTEGER A LA MUJER EMBARAZADA Y SANCIONAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA”.*
- b) **Oficio N° GM-SJD-17076-2016:** informe del estudio de costo efectividad de la vacuna contra el Rotavirus.

#### **ARTICULO 18°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-49425-2016, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

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

#### **ARTICULO 19°**

*“De conformidad con el dictamen jurídico número GA-49425-2016, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial se excluye de publicación”.*

Ingresa al salón de sesiones el doctor Róger Ballesterero Harley, Director; la licenciada Martha María Jiménez Vargas, Jefe del Área de Planificación Operativa; el ingeniero Abel Reyes Guzmán y la licenciada Laura Villarreal Fuentes, funcionarios de la Dirección de Planificación Institucional.

#### **ARTICULO 20°**

Se tiene a la vista el oficio N° GF-54428-2016, de fecha 19 de setiembre del año 2016, que suscribe el Gerente Financiero y contiene la propuesta para la aprobación proyecto *-Plan- Presupuesto Institucional de la CCSS para el año 2017 por un total de ¢3,424,842.2 millones, correspondiendo al Seguro de Salud (63.0%), Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (32.7%) y al Régimen no Contributivo (4.3%).*

Explica don Gustavo Picado que cuando se habla del plan presupuesto lo que se busca realmente es que las metas físicas, las metas del día están en el plan estratégico, táctico u operativo y tengan consonancia con el tema presupuestario que no se ponga el 50% del presupuesto en una parte que no sean las metas que estén definidas en el plan, entiende que como Institución y todo el sector público en general de que esto es un proceso en el que actualmente se tiene que se ha avanzado mucho en la definición del plan, agenda y proyecto estratégicos que ha sido un trabajo de esta Junta Directiva en los últimos dos años, se ha avanzado en la unificación de instrumentos de planificación y hoy se dice que se tiene una integración del plan presupuesto sobre todo en metas del plan nacional de desarrollo y plan estratégico, no en la totalidad de metas institucionales, se tiene una estimación parcial de los requerimientos financieros para cumplir estas metas y además hay una necesidad de mejorar el monitoreo del cumplimiento de metas. Menciona también que hay un trabajo de una comisión donde está la Dirección de planificación y la de Presupuesto así como la Gerencia en la que se busca el rediseño con el proceso de planificación y definición de metas, hay un trabajo para avanzar hacia un modelo por resultados incluso una consultoría a punto de firmar, también un trabajo para crear un presupuesto plurianual también un trabajo técnico para un presupuesto quinquenal para someter a la Contraloría el anual, pero para el plurianual se trabaja en conceptualizar mecanismos de asignación prospectivos de grupo relacionados de diagnósticos todo en trabajo en proceso, la implementación de una solución tecnológica que permita hacer la planificación integral, presupuesto con base en una herramienta hoy día se hacen en excel y se integra artesanalmente, hay una necesidad de mejorar la determinar los costos a partir de los modelos de gestión por los resultados que puedan ser y el uso de herramientas analíticas que permitan hacer que la información que está dispuesta sirva para la toma de decisiones esto y cada una de las cosas que se están haciendo en este momento tienen un respaldo y lo deseado es que efectivamente un día en un tiempo se tenga una integración del plan presupuesto a nivel estratégico, táctico, operativo es decir que todas las metas de la Institución tengan un vínculo entre el presupuesto y el plan un modelo de gestión ya implementado usar mecanismos de asignación de recursos efectivos en la formulación y asignación de recursos información robusta en materia de costos, inversiones estratégicas definidos con criterios de prioridad de impacto que mucho se ha avanzado recientemente y decisiones basados en informaciones evidencias para decir algunas características del modelo de integración plan presupuesto que se desea.

Señala don Gustavo que desde el punto de vista de la formulación del presupuesto del Seguro de Salud se hace una proyección de la que se ha tenido siempre mucha certeza y en los últimos años nunca se ha puesto ingresos que no se concreten y se hace una macro asignación de recursos en diferentes áreas en atención de la salud, programa institucional de compras, plan de inversiones, unidades de producción, unidades de apoyo y administrativas, no se a menudo pero la Dirección de Presupuesto trabaja con alrededor de unas 305 unidades ejecutoras, 146 centros de salud, 117 unidades administrativas y de apoyo, 9 unidades de producción con las que se sientan y negocian un presupuesto, la negociación del presupuesto que se hace con las unidades ejecutoras representan el 69% del presupuesto que se va a presentar pero después aparecen fondos especiales que son el 15% en el que se incluyen los recursos de la Gerencia de Infraestructura y Tecnología (GIT), el programa de compras que dirige la Gerencia de Logística que implica un 8% del presupuesto, y recuerda que después el presupuesto se equilibra a través de asignaciones globales que son recursos los que están en los ingresos pero que los gastos aun no están definidos, esto para decir cómo se construye el presupuesto en los grandes componentes pero el

trabajo fuerte tiene que ver con negociar con más de 300 unidades ejecutoras, además no todo se asigna al nivel local sino que hay asignaciones del nivel central, las remuneraciones no se negocian, sino que se asigna de acuerdo de la cantidad y del perfil del personal lo que si se negocia es el tiempo extraordinario por cada unidad, en materia de servicios no personales en realidad son negociaciones a nivel local porque es mantenimiento, servicios básicos etc, y medicamentos tiene las dos versiones se hace con nivel central a través de la Gerencia de Logística y a cada unidad que se le asigna recursos para compra locales, en materia de inversiones también tiene las dos versiones sobre todo el portafolio que es de alta complejidad que administra la Gerencia d Infraestructura y proyectos de menor complejidad que los maneja a nivel local, en materia de compras de servicios a terceros que son las cooperativas pero también el nivel local tienen capacidad para contratar servicios a terceros y el tema de la reserva que si son propios del nivel central donde algunas de ellas por ejemplo la que se creó recientemente por la Junta Directiva de Contingencia, el presupuesto del año 2017 asciende a ¢3.424.842 millones significa casi \$6.500 millones es un 10% del producto interno bruto (PIB) crece 6% respecto del año pasado y representa casi el 38% del presupuesto de toda la República.

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

1)



2)



3)



4)

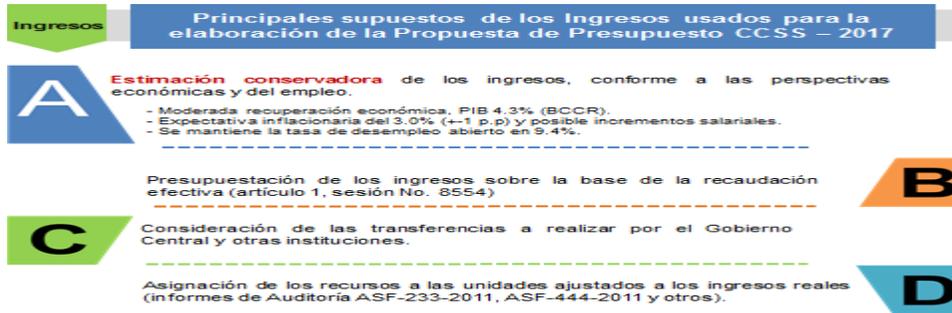


5)

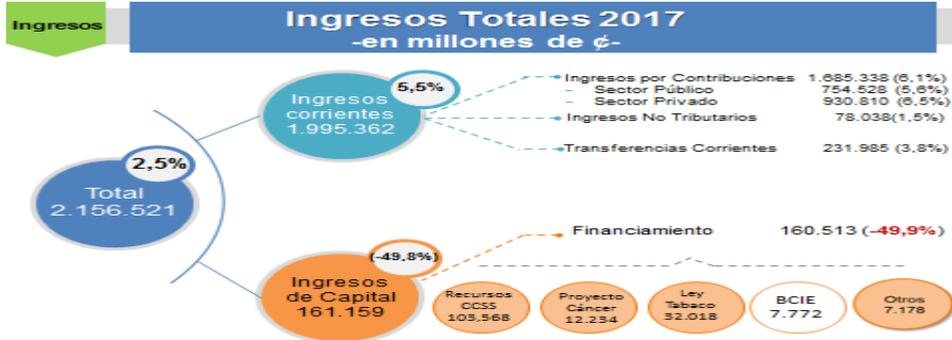


6) Seguro de Salud.

7)



8)



9)

**Ingresos**

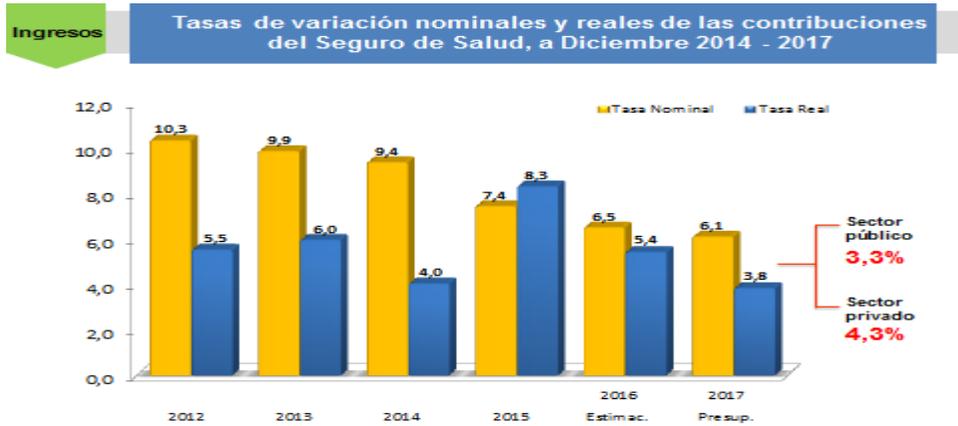
### Ingresos Totales 2016 – 2017 -en millones de ¢-

Descripción	Estimación		% Var.
	2016	2017	
<b>1) Ingresos Corrientes</b>	<b>1.891.285</b>	<b>1.995.362</b>	<b>5,5</b>
Ingresos por Contribuciones	1.588.468	1.685.338	6,1
Sector Público	714.824	754.528	5,6
Sector Privado	873.643	930.810	6,5
Ingresos No tributarios	79.245	78.038	(1,5)
Transferencias Corrientes	223.572	231.985	3,8
<b>2) Ingresos de Capital</b>	<b>320.831</b>	<b>161.159</b>	<b>(49,8)</b>
Capital	716	646	(9,7)
Financiamiento	320.115	160.513	(49,9)
<b>Ingresos Totales</b>	<b>2.212.116</b>	<b>2.156.521</b>	<b>(2,5)</b>

10)



11)



12)



13)



14)

**Ingresos** Montos a transferir a la CCSS por el Gobierno y el FODESAF 2016-2017 - en millones de ¢ -

Descripción	2016	2017	% Var.
<b>Transferencias del Gobierno Central</b>	<b>397.643</b>	<b>426.009</b>	<b>7,1%</b>
Contribución Patronal Gobierno Central	220.769	234.054	6,0%
Cuota Estado como tal	35.983	36.874	2,5%
Gob. Central Cuota Trabajador Independiente y Convenios Especiales	89.632	100.553	12,2%
Gobierno Central Sistema Penitenciario	6.990	7.645	9,4%
Exámenes de ADN	546	603	10,4%
Leyes Especiales	25.000	25.750	3,0%
Leyes de Tabaco	18.723	20.530	9,7%
<b>Transferencias FODESAF</b>	<b>39.819</b>	<b>39.648</b>	<b>-0,4%</b>
<b>Total</b>	<b>437.462</b>	<b>465.657</b>	<b>6,4%</b>

15)



16)



17)

**Distribución de los Egresos Totales 2016 – 2017**  
-en millones de ¢-

Descripción	Estimación 2016	Presup. 2017	% Var.	% Partic. 2017
Remuneraciones	1.192.938	1.279.437	7,3	59,3
Servicios	200.120	224.199	12,0	10,4
Materiales y Suministros	278.631	310.536	11,5	14,4
Activos Financieros	96.873	49.841	(48,6)	2,3
Bienes Duraderos	99.715	124.955	25,3	5,8
Transferencias Corrientes	128.071	133.219	4,0	6,2
Cuentas Especiales	25.861	27.726	7,2	1,3
Otros (Intereses-Amortización)	6.438	6.608	2,6	0,3
<b>Total</b>	<b>2.028.647</b>	<b>2.156.521</b>	<b>6,3</b>	<b>100,0</b>

18)



19)

**Servicios No Personales** **¢224.199 millones**



20)

**Materiales y Suministros** **¢310.537 millones**



21)

**Transferencias Corrientes** **¢133,219 millones**



22)

**Inversiones en Infraestructura** **¢51.115 millones**



23)

### Inversiones en Equipamiento €73.840 millones

- Monto en millones de €-



**Recursos CCSS y Otros**  
**€51.738**



**Ley del Tabaco**  
**€21.207**

**Proyecto Red Oncológica**  
**€557**

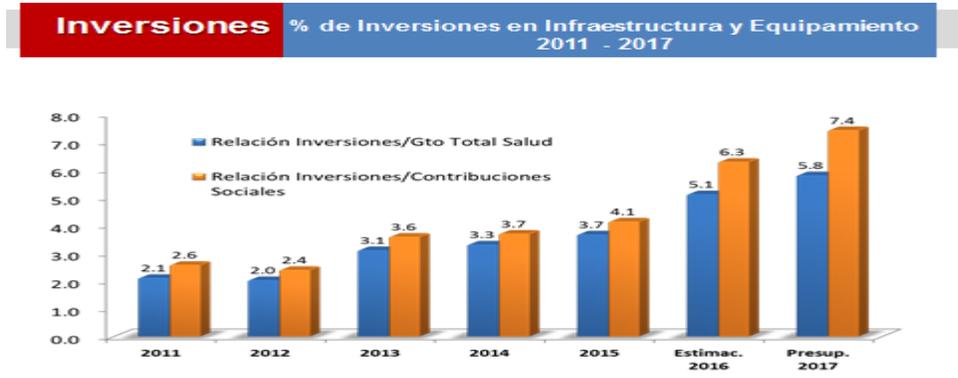
- Unidades Ejecutoras €16.217
- 16 ventiladores pulmonares: Hospitales Monseñor Sanabria, Alajuela, Baltodano Briceño, Tony Facio, Escalante Fradilla, San Carlos, Entre otros.
- 5 osciladores de alta frecuencia: Hospitales México, Calderón Guaria, San Juan de Dios y Max Peralta
- Reforzamiento de la actual Plataforma Tecnológica Institucional.
- Tecnologías de digitalización de imágenes médicas.

---

**Destacan los siguientes proyectos**

- Tamizaje cáncer colorrectal: 3 Colonoscopios, 4 Gastroscopios, 2 Torres de endoscopia.
- Enfermedad cardiovascular en la CCSS: Ecocardiógrafos, Pruebas de esfuerzo, Hoiter, monitores, entre otros.
- Diagnostico y atención de cáncer tracto digestivo: 12 Torres de endoscopia digestiva, 52 sondas de endoscopia digestiva.
- Adquisición de 20 Equipos de Rayos X.
- Sustitución de 23 Unidades Dentales Fijas.
- Sustitución de 20 Equipos de Rayos X Dental, entre otros.

24)



25)



26)

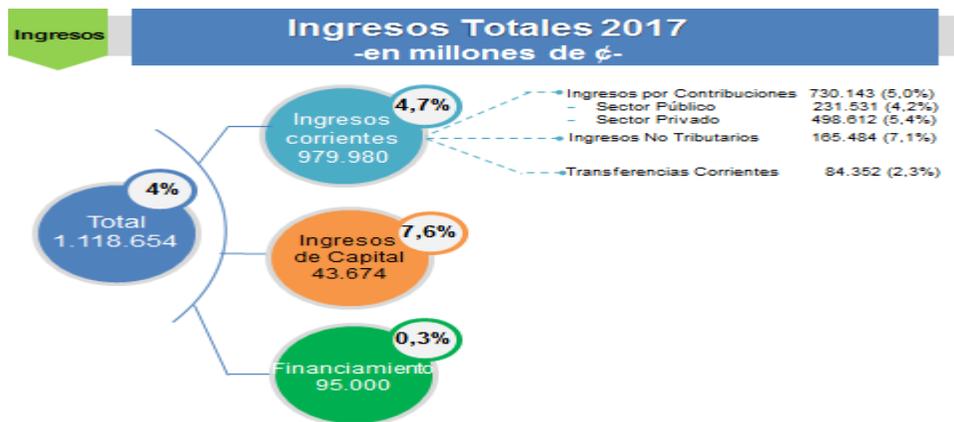


27)



28) Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

29)

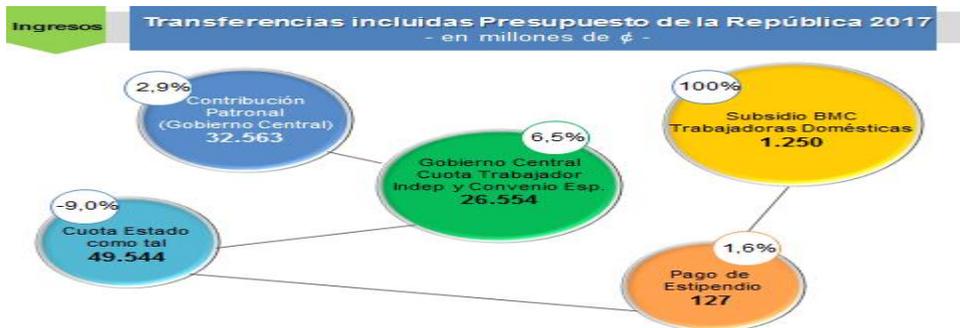


30)

**Presupuesto de Ingresos 2016-2017**  
- en millones de ¢ -

Descripción	Estimación 2016	Presupuesto 2017	% Var.	% Partic.
<b>Ingresos Corrientes</b>	<b>936.045</b>	<b>979.980</b>	<b>4,7</b>	<b>88</b>
Ingresos por Contribuciones	695.190	730.143	5,0	75
Sector Público	222.100	231.531	4,2	32
Sector Privado	473.091	498.612	5,4	68
Ingresos No Tributarios	154.508	165.484	7,1	17
Transferencias Corrientes	86.346	84.352	(2,3)	9
<b>Ingresos de Capital</b>	<b>40.572</b>	<b>43.674</b>	<b>7,6</b>	<b>4</b>
<b>Financiamiento</b>	<b>95.283</b>	<b>95.000</b>	<b>(0,3)</b>	<b>8</b>
<b>Ingresos Totales</b>	<b>1.071.899</b>	<b>1.118.654</b>	<b>4,4</b>	<b>100</b>

31)



32)

**Ingresos** **Transferencias incluidas en el Presupuesto de la República 2016 - 2017 - en millones de ¢ -**

Descripción	Estimación 2016	Presupuesto 2017	% var.
<b>Transferencias del Gobierno Central</b>			
Contribución Patronal Gobierno Central	31.639	32.563	2,9%
Cuota Estado como Tal	54.451	49.544	-9,0%
Gob. Central Cuota Trabajador Independiente y Convenios Especiales	24.927	26.554	6,5%
Pago de Estipendios	125	127	1,6%
Cuota Comp. Trabajadoras Domésticas	0	1.250	100,0%
<b>Total</b>	<b>111.142</b>	<b>110.038</b>	<b>-1,0%</b>

33)



34)



35)

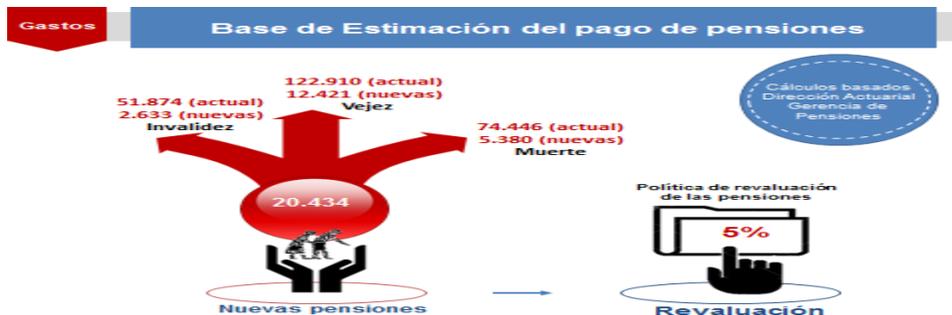


36)

**Gastos** Presupuesto de Egresos 2016-2017 - en millones de ¢-

Descripción	Presupuesto Modif. Julio 2016	Presupuesto 2017	% Var.	% Partic. 2017
<b>Gastos Corrientes</b>	902.434	969.635	7,4	86,7
Remuneraciones	8.135	8.306	2,1	0,7
Servicios	20.074	20.145	0,4	1,8
Materiales y Suministros	159	164	3,1	0,0
Intereses y Comisiones	8.422	8.446	0,3	0,8
<b>Transferencias Corrientes</b>	860.719	927.574	7,8	82,9
Cuentas E especiales	4.925	5.000	1,5	0,4
<b>Gastos de Capital</b>	158.639	149.019	(6,1)	13,3
Activos F inancieros	157.493	148.204	(5,9)	13,2
Bienes Duraderos	1.146	816	(28,8)	0,1
<b>Gastos Totales</b>	1.061.073	1.118.654	5,4	100,0

37)



38)

**Proyectos de Inversión 2017** Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte

Descripción	Monto (millones de €)
•Créditos Hipotecarios	12.500
•Comisiones y custodia sobre Títulos Valores.	444
•Implementación detección alarma y supresión de incendios en los edificios Jorge Debravo y la Casona y sustitución de los sistemas eléctricos de la Casona	358
•Actualización de la Plataforma Tecnológica y modernización del hardware.	322
•Consultoría para el proyecto de actualización de la Plataforma Tecnológica de los créditos hipotecarios (SICRE).	220
•Migración de Sistema de Control de Inversiones.	200
•Mantenimiento preventivo y correctivo de la Plataforma Tecnológica.	186
•Mantenimiento de Edificio Jorge Debravo (escaleras de emergencia, equipos electromecánicos, instalación eléctrica, cámaras de seguridad, entre otros).	160
•Consultoría para Valuación Actuarial del RIVM.	150
<b>Total</b>	<b>14.540</b>

Fuente: Proyecto Plan Presupuesto 2017, unidades de la Gerencia de Pensiones.

39) Régimen no Contributivo.

40)

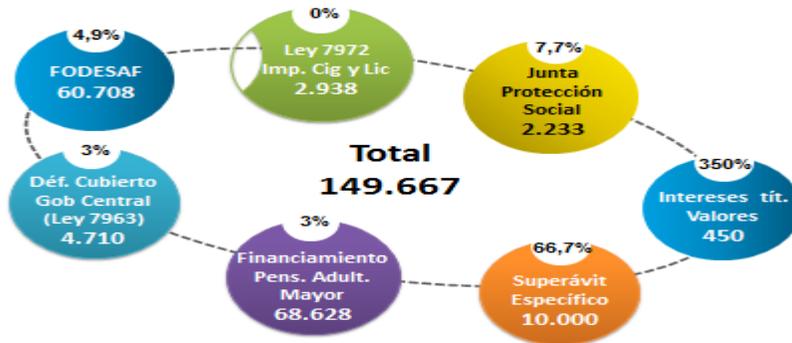
**Base de Estimación de los Gastos**



41)

**Presupuesto de Ingresos 2017**

- en millones de € -



42)

### Presupuesto de Ingresos 2017

- en millones de ¢ -

Concepto	Presup. 2016	Presup. 2017	% Crec.
FODESAF	57.871	60.708	4,9
Ley 7972 Imp. Cig. y Lic.	2.938	2.938	0,0
Junta de Protección Social	2.419	2.233	(7,7)
Intereses sobre Tit. Valores	100	450	350,0
Déf. cubierto Gob. Cent. (Ley 7983)	4.573	4.710	3,0
Financ.Pens. Adultos May.	66.629	68.628	3,0
Superávit Específico	6.000	10.000	66,7
<b>Total Recursos</b>	<b>140.531</b>	<b>149.667</b>	<b>6,5</b>

43)

### Presupuesto de egresos 2017

- en millones de ¢ -



44)

### Presupuesto de egresos, 2016-2017

- en millones de ¢ -

Concepto	2016	2017	% Var.
<b>Servicios</b>	<b>5.004</b>	<b>5.918</b>	<b>18,3</b>
Gastos de Administrac.	5.004	5.918	18,3
<b>Transf. Corrientes</b>	<b>132.268</b>	<b>142.310</b>	<b>7,6</b>
Pensiones Ordinarias	95.664	103.175	7,9
Pens. Parálisis Cerebral	12.535	13.250	5,7
Aguinaldo	9.192	9.877	7,5
Cuotas CCSS	14.877	16.008	7,6
<b>Cuentas Especiales</b>	<b>3.259</b>	<b>1.439</b>	<b>-55,8</b>
<b>Total Recursos</b>	<b>140.531</b>	<b>149.667</b>	<b>6,5</b>

El Gerente Financiero da una explicación general en cuanto los regímenes de Salud, IVM (Invalidez, Vejez y Muerte) y RNC (Régimen no Contributivo); lo primero que se dice es que el presupuesto se elabora a partir de estimaciones conservadoras de los ingresos tomando en cuenta diferentes variables se hace también considerando ingresos sobre recaudación efectiva es decir no se presupuesta lo que no se va a cobrar o que los patronos vayan a quedar debiendo o el Estado se consideran las transferencias realizadas por el Gobierno central y otras instituciones y aquí se toma el presupuesto de la República para ver que ha presupuestado el Gobierno y otras

instituciones que vienen para la Caja y se asignan los recursos ajustados a los ingresos reales porque en algún tiempo paso que hacían los presupuestos más grande que lo que el flujo de caja les permitía, los ingresos totales crecen un 2.5% respecto del año anterior, los ingresos corrientes crecen al 5.5% donde las contribuciones son casi el 80% los no tributarios y las transferencias, algo importante de explicar es que en excedentes lo que se está incluyendo es ciento sesenta mil quinientos trece y es un 50% menor al año 2015; pero el efecto del porqué se da esto es porque los excedentes que han quedado de años anteriores se ha tomado una política de ir convirtiendo en reservas e inversiones financieras y entonces ya no quedan del lado del presupuesto sino que salen del lado de los flujos y las inversiones financieras. Con todas las reservas y previsiones para los proyectos aprobados por la Junta Directiva así como lo correspondiente al pago del aguinaldo y salario escolar entre de otros, habla de la sanidad que tienen las finanzas y como el año 2017 se puede marcar como un año de estabilidad. En materia de contribuciones la tendencia marcada obviamente por el dinamismo de los salarios tan creciente principalmente en el sector público se han reducido y la inflación tan baja hace las tasas de aumento sean menores, en materia de ingresos no tributarios los tradicionales, en el INS se estiman unos veinte un mil millones de ingresos adicionales en recaudación de entes externos casi diez mil millones, IVM casi dieciséis mil doscientos cincuenta, el tema de los intereses por las inversiones importante casi veinte mil millones multas e ingresos no tributarios todo para sumar setenta y ocho mil millones de colones, transferencia del Gobierno central que vienen del presupuesto que presente hace poco crecen un 7.1%, cuota del trabajador independiente es el 12.2% que da mucho margen para la base mínima contributiva y que la próxima semana estará presentando un ajuste que corresponde al mes de octubre, en esta Junta Directiva, para trabajadores independiente el financiamiento del Gobierno ya supera los cien mil millones de colones, como un elemento importante esta la Ley del Tabaco va a llegar a veinte mil quinientos treinta millones que es lo que ha incluido el gobierno en el presupuesto otro tema importante es que leyes especiales que no presupuestaba el gobierno como código de la niñez y adolescencia este año presupuestaron veinticinco mil setecientos cincuenta millones de colones que es una consecuencia del convenio y FODESAF casi cuarenta mil millones de colones que es lo que pagan por los asegurados por cuenta del Estado van a quedar con alguna deuda pero se está trabajando en buscar los mecanismos de pago pero desde las transferencia hay mucha satisfacción.

A una consulta del Director Devandas Brenes aclara don Gustavo que va faltar como algunos recursos para asegurar algunos asegurados del Estado como cincuenta mil, porque ahora el Estado lo que decidió es que pagar leyes especiales y Código de la Niñez, el plan de inversión crece un 10%, el gasto de operación de los hospitales crece en un 5.6% y el control del tiempo extraordinario crece en un 4.6%, las grandes cuentas de remuneraciones crece un 7.3% entre otros más. De lo que tiene de estar en esto es de las primeras veces que el Seguro de Salud puede invertir cincuenta mil millones de colones a más de un año con recursos propios, es un avance antes era con título cuando el Ministerio de Hacienda pagaba con títulos, esto tiene que ver con los excedentes acumulados y también la reserva de los quince mil millones, esto es para tener un soporte al portafolio de inversiones considerado para los próximos años. Asimismo se refiere a que el rubro para becas de 489 millones de colones es o no muy poco de acuerdo a lo que se aprobó para formar mas especialistas, dice don Gustavo que ese queda en el sentido de que aun cuando no estuviera reflejado es el CENDEISSS el que envía el presupuesto y aquí solo se traduce no obstante en cualquier momento con las modificaciones o las asignaciones globales se puede movilizar al momento que se tome el acuerdo o cuando se operacionalice el acuerdo tomado.

A la consulta del doctor Fallas aclara don Gustavo que las remuneraciones incluyen los pagos fijos, tiempos extraordinarios y cargas sociales terminan siendo ya en la ejecución como el 66% por algunas partidas que no se ejecutan en el nivel que se esperaba.

Por otra parte comenta el licenciado Picado que es una explicación muy somera del tema del portafolio pero que entiende que será de conocimiento de la Junta Directiva en un corto tiempo y que son casi cincuenta y dos mil millones que incluye diferentes construcciones desde el servicio de urgencias del hospital Fernando Escalante Pradilla que ya está en proceso, el Área de Salud de Golfito, el fortalecimiento del Hospital Calderón Guardia que es una contratación realmente impresionante, readecuación estructural y arquitectónica de Nicoya que es la fase final, red de oncológica y la Ley de Tabaco que se ha vuelto una fuente de financiamiento importante de casi cinco mil millones, en inversiones de equipamiento es satisfactorio por casi setenta y cuatro mil millones de colones, uno de los hechos relevantes de lo que pasa en la gestión de los recursos es que la Institución ha tenido capacidad de pasar en el año 2011 del gasto total se dedicaba el 2.1% para inversiones en infraestructura y equipamiento y para este año se llegara casi al 5.8%, y en términos de contribuciones es decir de cada cien 7.4 es para infraestructura y equipamiento, es cerrar una brecha que se tiene pendiente, inversiones financiera es compra de bonos o títulos por casi cincuenta mil millones y cuentas especiales es lo que se llama asignaciones globales que son recursos que quedan disponibles para poder ir financiando aspectos no incluidos en este momento como por ejemplo cuando se crean plazas se toman recursos de aquí porque las nuevas plazas deben de estar incluidas en la formulación sino se tienen que ir incorporando.

La Directora Soto Hernández pregunta que si los quinientos millones asignados a la Clínica del Dolor esta contemplados cuando se aprobó ese fondo.

Don Gustavo responde que es de recursos que está pendiente de asignar pero que en el presupuesto se incluye dentro de lo que se llama asignaciones globales en su momento cuando ya se tenga el monto específico se mueve de esa partida a las partidas específica que corresponda.

Por su parte la Dra. Sáenz menciona que en el caso de la Clínica del Dolor hay una Ley específica que da unos recursos y que ya se empezó la obra este año pero que el mayor gasto será el próximo año cuando entregue la obra.

Don Mario comenta que se tiene una pequeña estructura para manejar lo de la Ley del Tabaco e incluso estuvo en una oficina por el parque Morazán y le llama la atención y no logra entender si es que hay una Ley que obligue a la Caja o porque razón hay una estructura especial para manejar un fondo, si es una razón histórica, jurídica o política.

Responde la Dra, María del Rocío Sáenz que básicamente fue una decisión política en el momento cuando se hizo el traslado de los recursos primero de la Ley del Cáncer y cuando se aprobó la Ley contra el tabaco, cómo muchas de las enfermedades están relacionadas se colocó ahí, se está trabajando en una propuesta de cómo integrarse mejor y se lo pasan a la Dra. Julia Li Directora del Proyecto de Reestructuración, porque reamente tampoco están satisfecho de estar ahí como un apéndice y la forma en que se maneja les preocupa, asumen grandes responsabilidades y ese grupo en especial no asumen nada en el presupuesto que no se haya visto con la Gerencia Médica ni con la Presidencia, en esa figura de proceso de toma de decisiones así

fue como se estableció, la Ley no establecía que se debía crear una oficina aparte fue una razón de momento cuando se hizo el traslado del Instituto contra el cáncer.

Don Mario desea conocer el criterio de la Auditoría.

La Directora Alfaro Murillo expresa que le ha tocado vivir el proceso de una solicitud de financiamiento para un proyecto y es un calvario, es tener la plata y una estructura compleja toda una burocracia impresionante, es dinero para usarse y ha costado gustarle y tampoco le convence el sistema para nada.

La doctora Sáenz manifiesta que por esa razón en la unidad referida están elaborando una propuesta para presentarla tanto a la Gerencia Médica como a la Presidencia Ejecutiva.

El Lic. Picado continúa con la presentación en el tema de fondos especiales se asigna 72.489 millones de colones.

Doña Mayra manifiesta que le preocupa que en el rubro de fondos especiales lo que observa es un vacío en el tema de adultos mayores.

La doctora Sáenz responde que en el tema de Infraestructura notarán que hay mucho en el tema de adulto mayor, estos fondos se han creado por temas específicos, todos los hospitales y áreas de salud tienen que atender a esta población, hay un proceso que se está trabajando con el Ministerio de Salud para una política nacional del adulto mayor y con el CONAPAM, pero desde la perspectiva de la Caja no necesariamente es una necesidad crear un fondo aun, puede ser que el próximo año en un extraordinario pero se debe de revisar, en este momento la deuda es más en el área materno infantil.

Prosigue don Gustavo ahora en el tema del régimen de IVM y comenta que los ingresos totales ascienden a la suma de un millón ciento dieciocho mil millones seiscientos cincuenta y cuatro colones, recuerda que el esquema de financiamiento en el IVM es un poco diferente al del régimen de Salud que tiene un peso de contribuciones importantes pero los intereses generados también suman, en el tema de egresos también la estructura de IVM es también bastante particular porque los egresos se concentran básicamente en el pago de pensiones en lo que se conoce como transferencias corrientes que crecen al 7.8% el pago de pensiones se estimó considerando veinte mil cuatrocientos treinta y cuatro nuevas pensiones, se pronostica una revaloración de pensiones del 5% todos los cálculos basados en la Dirección Actuarial y en la Gerencia de Pensiones y en materia de inversiones para créditos hipotecarios se destinan doce mil quinientos millones de colones asimismo se destinan recursos para una consultoría de la valuación actual del IVM con el estudio que realiza la Universidad de Costa Rica, para el Régimen No Contributivo la estimación de los gastos se parte que se brindara pensiones ordinarias por ₡78,000.00 durante el año y en parálisis cerebral profunda (PCP) ₡270,523.00 en promedio mensual, 315 pensiones nuevas mensuales y 23 nuevas pensiones de PCP, en términos de los ingresos vienen de fuentes más diversas que la de los seguros, FODESAF, impuesto de cigarrillos y licores, Junta de Protección Social.

El Director Loría Chaves manifiesta que tiene una preocupación en IVM porque claro se supone que son ingresos ordinarios y cierran los ingresos contra los egresos y se toman dinero de los

intereses para pagar pensiones no le cierran los números, entiende que están tomando cincuenta y cinco millones de colones para pagar pensiones pero falta el aguinaldo no le cierra.

En ese sentido don Mario expresa que en días anteriores presentaron que se tomaba dinero para el pago del aguinaldo de los pensionados, porque quedo como que era el aguinaldo de los funcionarios.

Inmediatamente don Gustavo aclara que no, es para los pensionados a la vez dice que la forma que acumula el aguinaldo IVM es diferente a la de Salud, en Salud mensualmente se retira parte de los ingresos para ir acumulando la reserva, IVM toma todos los ingresos y los vuelve inversiones los capitaliza y le genera intereses de manera que lo que espera es que venza un título Para captarlo y convertirlo en el pago del aguinaldo y lo que sobra es convertirlo en activos financieros.

El señor Auditor hace algunas consultas y es que le llama la atención en relación con los ingresos porque es de esperar que la tasa de crecimiento de los ingresos tanto en el seguro de salud como en el de pensiones en algunas partidas se dan la misma porque es que se presentan algunas diferencias, si se está partiendo de que es la misma base que tiene la Institución en la captación de ingresos en cuanto a la cantidad de trabajadores, de la población económicamente activa, las tasas de contribución prácticamente son parecidas a modo de ejemplo en el caso de los ingresos tributarios en el Seguro de Salud la diferencia en la tasa de crecimiento del año 2017 en comparación con los ingresos estimados del año 2016 es un 4.6% y en el caso del régimen de pensiones es un 5.9% más de 1% y así sucesivamente podría revisar las cifras y le llama la atención la diferencia. El otro punto es el comportamiento de las partidas en relación con los egresos, por ejemplo en el seguro de salud en bienes duraderos se habla de ciento cuarenta y dos mil y la proyección que hacen en el presupuesto para el año 2017 disminuye cuando la Institución tiene una necesidad muy importante en todo lo que es equipamiento y la partida que se está presupuestando es inferior, en bienes duraderos el resto de las partidas de remuneraciones la tasa de crecimiento es de un 3.8% que es normal los servicios si están creciendo en un porcentaje importante en un 19% y materiales un 10.2% otra observación es relacionadas a las cuentas especiales, las asignaciones globales y las inversiones financieras porque puede observar que en el caso de las cuentas especiales hay una disminución de un 10.7% y en el caso de las asignaciones globales también se presenta una disminución igual ocurre en las inversiones financieras del Seguro de Salud hay una disminución, pregunta, se ha hecho una mayor asignación a las partidas de gastos o es que se presentan un deterioro en el comportamiento de las cifras que los lleva a presentar un monto mayor en asignaciones en cuentas especiales, en asignaciones globales e inversiones financieras. Así como el comportamiento de la cuenta de subsidios de enfermedad que pasa de 1.4% a 2.9% es un crecimiento importante de un ciento punto uno por ciento es bastante elevados subsidio de accidentes de tránsito son dos partidas que siempre se debe de estar controlando, lo que es EDUS ARCA la asignación es una cifra importante y se pasa de diez mil a dieciséis mil ochocientos, la Institución en eso está haciendo un esfuerzo muy importante para que se consolide en el año 2017 a nivel Institucional, el fondo de Innovación tecnológica también crece, el fondo de la Gerencia de Logística es el que desea saber a qué se debe porque presenta dos mil millones cual es la finalidad de ese fondo, de la misma manera le llama la atención que disminuye los recursos que se le asignan a la red oncológica que también lo comento doña Marielos.

La Dra. Sáenz señala que estuvo revisando lo de la red oncológica y cuando se planteó la ley del cierre del Hospital contra el Instituto contra el cáncer habían unos proyectos que estaban planteados que se debía de dar seguimiento, uno de esos proyectos es el famoso centro conjunto de radioterapia que se planteó para el Hospital San Juan de Dios, el Hospital Nacional de Niños y el Blanco Cervantes, ha estado ahí dándole vuelta se ha estado trabajando y los recursos que están ahí son los que van quedando, porque en la ley de tabaco si va entrando dinero, pero en la del cáncer es un monto y se acaba, es decir no crece, entonces para poder cumplir con el compromiso del centro de conjunto que es muy grande no habría que hacer demasiado gastos cuando sea planteado el centro conjunto y ahí si se asignaría el monto, porque no está dimensionado, para que este claro la Institución tenían un terreno por la Junta de Protección social para ese centro pero las personas que han venido de niveles internacionales consideran que ese terreno no es apto porque está inmerso en una zona con viviendas. De ahí que se vienen trabajando con el San Juan de Dios y en las propuestas que se han trabajado para colocarlo en ese hospital por ser más estratégico para los tres hospitales.

El señor Gerente Financiero se refiere a las consultas del señor Auditor y explica que el Seguro de Salud e IVM no tienen una base contributiva bastante similar no es igual, se debe de recordar que IVM no capta a los trabajadores que cotizan para el Magisterio que es un número importante y tampoco a los del poder judicial y esos hace la pequeña diferencia a veces entre las tasas de crecimiento que son muy parecidas, en cuanto a IVM lo que obtiene de ingresos a través de la inversión de reservas es mucho más importante que lo que se puede obtener en una reserva de casi dos mil millones de colones que le generan intereses por casi ciento cincuenta mil millones de colones aproximadamente y eso hace un poquito la diferencia pero esta explicado porque las bases contributiva aunque son casi las mismas nos son iguales, es importante lo que plantea don Jorge y es que en los últimos años la Caja ha venido logrando tener excedentes entre ingresos y gastos en el Seguro de Salud y entonces lo que se hace es tomar el excedente e incorporarlo al presupuesto como hay algunos proyectos Cartago y Turrialba que se incluyeron este año treinta mil millones de colones pero dado que se han venido programando para fechas posteriores la decisión que se ha tomado es no seguir pasando el excedente de un año para otro sino convertirlo en un gasto, ahora, como se convierte un excedente en un gasto, en inversiones financieras esa es la explicación de que se ve ahora que el nivel de financiamiento es menor porque se toma la decisión de dejar de acumular excedentes y mantenerse ahí, por eso se coloca la de segundo el tema de las inversiones porque se traduce el excedente a inversiones financieras y así el superávit no se acumula sino que se convierte en una inversión; en términos generales de acuerdo a lo que plantean don Jorge Arturo puede decir que lo planteado o sea que se sigue otorgando muchos recursos para inversión e infraestructura y equipamiento actualmente crece al 25% pero que realmente lo que el presupuesto hace es dejando de verse para un año y dejándose ver para dos y tres años y eso permite tener recursos para infraestructura y equipamiento por más de doscientos millones de dólares con la posibilidad de que el tema del banco ingrese este año por ciento cinco millones permite a la Caja convertir el portafolio con posibilidades reales que antes no sucedía, sino que se armaba el portafolio que no tenía fondos, ejemplo de ello es la torre este del Hospital Calderón Guardia que en el año 2010 salió a licitación y no se pudo adjudicar porque no habían recursos, hoy se están separando por lo mismo, en el tema de infraestructura y equipamiento son de las más bajas lo que significa en términos prácticos que las unidades aunque lo soliciten no tienen la capacidad para ejecutarlo y en las giras de los viernes observan que las quejas ahora no son por falta de recursos sino que hay falta de capacidad de ejecución y no se siente que haya insatisfacción en los funcionarios por falta de cubrir las necesidades, a como se pudo observar la

semana pasada en los hospitales grandes monitores con una inversión en el Hospital Calderon Guardia una inversión de casi un millón cuatrocientos mil dólares, San Juan de Dios hizo una inversión importante de recursos y por ahí también en el Calderón Guardia viene también con una inversión no menos importantes en camas hospitalarias, lo que se ha hecho es dejar de arrastrar el superávit y convertirlo en una inversión financiera pero teniéndolo programado para unos dieciocho meses dos años para que calce con la ejecución de los proyectos de manera que no es un deterioro sino una decisión de poner los recursos en períodos distintos. Se puede observar como en bienes duraderos efectivamente lo que se asigna es históricamente de los más alto en los últimos años, en ingresos tributarios la composición de IVM y Salud son distintas en el de Salud hay muchos elementos ( INS, OPC, externos, intereses) en IVM la estructura es más sencilla es casi todo lo que recogen de intereses de las inversiones financieras y algunos servicios que venden, finalmente de lo planteado por don Jorge que es importante también y es en el tema de asignaciones globales no se ha disminuido y tienen que ver con recursos con caja, el año pasado se inició el año con veinte mil millones de colones recursos Caja y este año se inició con veintiún mil millones y un poco más; lo que ha pasado es que asignaciones globales los otros fondos como tabaco y red oncológica dispuso colocar menos recursos este año que el año anterior, el año pasado entre los dos colocaron aproximadamente diez mil millones de ahí la diferencia que se veía una suma de casi treinta y un mil millones y ahora solo veinte un mil, pero no son recursos Caja sino de esos fondos específicos que estaban ahí y en general las partidas que preocupaban como remuneraciones, tiempo extraordinario están bajo cierto control, en el tema de empleo se ha trabajado con aproximadamente cuatrocientas cincuenta plazas y los ingresos han crecido modestamente pero crecido al fin, en términos generales se puede decir que se ha dejado de arrastrar el superávit se ha convertido en inversiones financiera no se refleja en el presupuesto pero se refleja en el flujo financieros de las inversiones que se tienen obviamente todas respaldadas en los bancos etc, y permite que el próximo año o el siguiente se tiene una base de financiamiento sobre todo para el tema de infraestructura y equipamiento.

Prosigue la licenciada Jiménez Vargas con la presentación de la formulación del Plan anual institucional 2017, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

i)



ii)



iii)



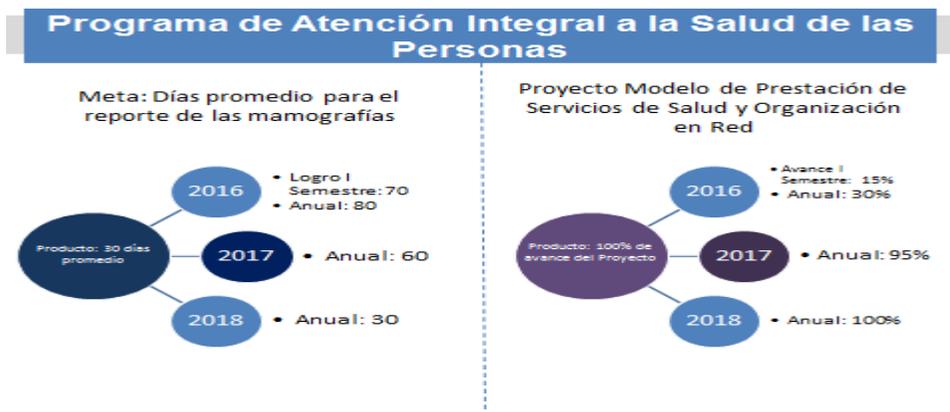
iv)



v)



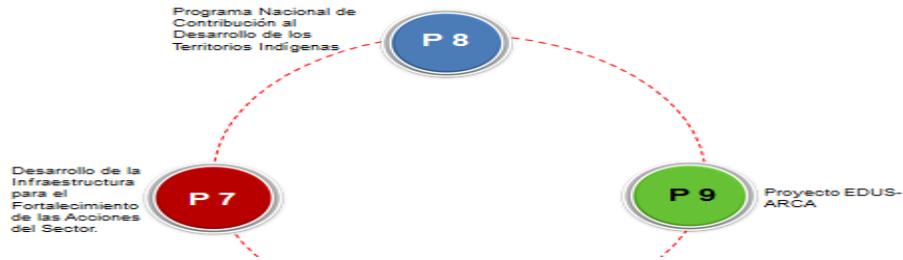
vi)



vii)

**Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas**

**Componente Infraestructura y Tecnología**



viii)

**Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas**

Meta: Obras de Recuperación Etapa II (Torre Este) Hospital Calderón Guardia



Proyecto EDUS-ARCA



ix)

**Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas**

Proyecto	Meta 2017
Hospital Máx Peralta Jiménez	100% de avance del anteproyecto.
Hospital William Allen Taylor	I Semestre: 60% proceso de contratación. II Semestre: 5% ejecución del contrato.
Hospital Manuel Mora Valverde	100% de avance de la adquisición del terreno.
Área de Salud Buenos Aires	100% de avance de la adquisición del terreno.
Sede Visita Periódica San Rafael de Cabagra	100% de avance en la construcción y equipamiento.
EBAIS Tipo 1 Sepecue	100% de avance en la construcción.
EBAIS Tipo 1 Gavilán	100% de avance en la construcción.
Sede Visita Periódica Bajo Blei	50% del ciclo de vida del proyecto.
Sede Visita Periódica Piedra Mesa	50% del ciclo de vida del proyecto.

x)

**Programa Atención Integral de las Pensiones**

**P 10**

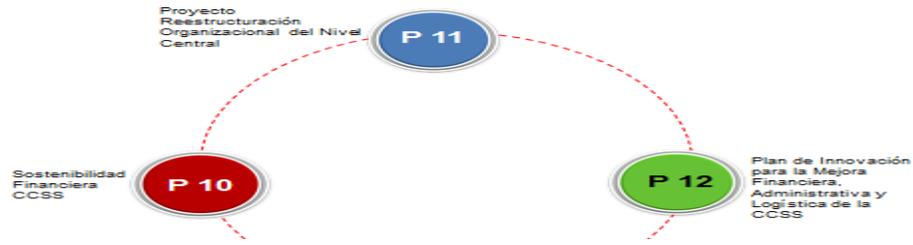
**Sostenibilidad Financiera CCSS**

Meta: Sostenibilidad Financiera Régimen IVM



xi)

**Programa de Conducción Institucional**



xii)

**Programa de Conducción Institucional**



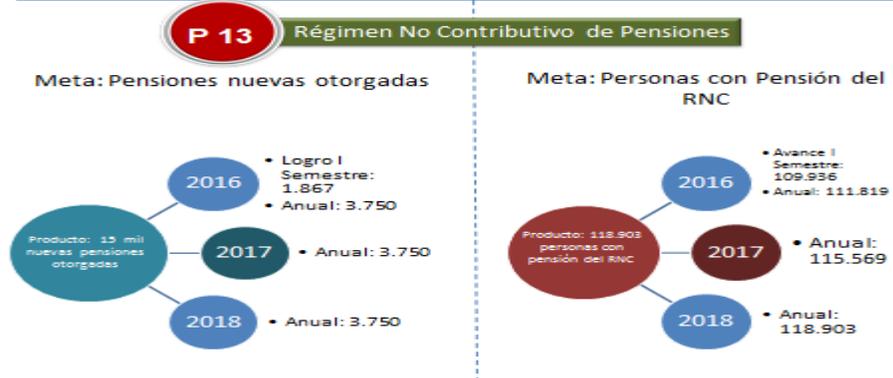
xiii)

**Programa de Conducción Institucional**



xiv)

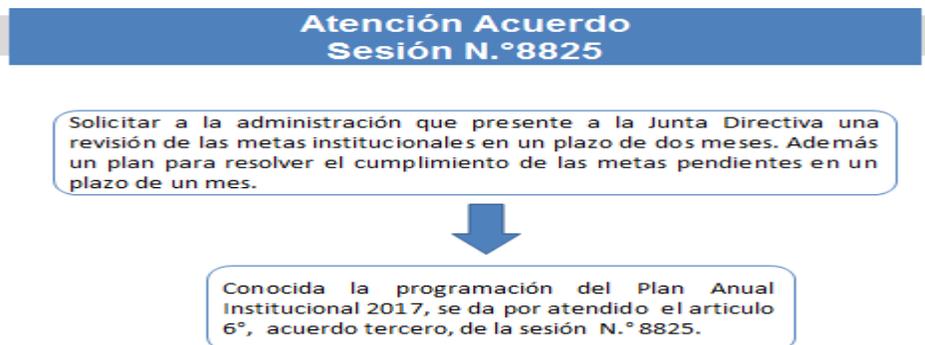
**Programa Régimen No Contributivo de Pensiones**



xv)

Recursos financieros, según programa o proyecto		
Nombre del Programa y/o Proyecto	Cantidad de metas	Presupuesto
1. Estrategia nacional para la prevención, control y vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y de las enfermedades neurocognitivas en la población.	1	\$238.101.978,00
2. Detección Temprana, Control y Rehabilitación de las Personas con Cáncer.	6	\$11.766.476.754,54
B. Acceso y Oportunidad de los Servicios de Salud.	1	\$991.155.253,18
4. Programa Nacional de Atención de los Trastornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones.	3	\$7.572.720.734,14
5. Atención Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles con Énfasis en HTA, Diabetes y Dislipidemias en Población de 20 años y más	8	\$1.715.625.000,00
6. Proyecto Modelo de Prestación de Servicios de Salud y Organización en Red.	1	\$581.268.980,00
7. Desarrollo de la Infraestructura para el Fortalecimiento de las Acciones del Sector.	5	\$80.732.000.000,00
B. Programa Nacional de Contribución al Desarrollo de los Territorios Indígenas.	6	\$1.928.000.000,00
B. Proyecto EDUS-ARCA	1	\$16.834.000.000,00
10. Sostenibilidad Financiera de la CCSS.	2	\$626.050.000,00
11. Proyecto Reestructuración Organizacional del Nivel Central CCSS	1	\$317.539.900,00
12. Proyecto "Plan de Innovación de los Procesos Financieros, Administrativos y Logísticos"	1	\$8.564.000.000,00
13. Programa de Pensiones del Régimen No Contributivo (RNC)	2	\$149.666.700.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>\$281.698.984.110,86</b>

xvi)



El Doctor Róger Ballesteros comenta que ha hecho esta presentación porque va con el enfoque de resultados presupuesto, es una estimación importante del gran esfuerzo de inversión social que hace la Institución cuando se proyecta e incluye las metas en el plan nacional de desarrollo o las propias metas Institucionales que tienen esa visión del período, porque muchas veces se pierde de vista lo que realmente significan los recursos y objetivos que se trazan de servicio a la población, de modo que en este esfuerzo de ir cambiando la metodología de trabajo como se les solicitó se ha venido trabajando con cada equipo gestor y son aproximaciones de costos que se espera afinar más y en un futuro poder presentar si una estructura de costeo de todos los proyectos y como asignar y garantizar recursos para su ejecución a lo largo de un período.

Don Mario manifiesta que va a votar negativamente el presupuesto porque la inquietud planteada en su momento cuando se tomo el acuerdo 6º de la sesión N° 8825 era que el cuerpo colegiado pudiera discutir el plan primero, las necesidades la priorización de esas necesidades, con qué criterio definen por ejemplo que el hospital de Cartago esté de primero y el otros de segundo etc, y muy importante también cuáles necesidades quedaban sin satisfacer y que impacto podrían tener las necesidades no satisfechas, una vez que la Junta Directiva lo priorice y apruebe el plan

con las respectivas prioridades es función del señor gerente financiero hacer el presupuesto para que ese plan se cumpla, no obstante hoy presentan el presupuesto y de último el plan de manera que las posibilidades reales de entrar en debate es muy difícil, considera que así la Junta Directiva no dirige, también entiende que más adelante vendrán muchos de esos temas pero esa forma de proceder no impide tener una visión global de hacia dónde va la Institución e incluso discutir más de fondo algunos temas por ejemplo doña Mayra está muy preocupada y coincide con ella en el tema del envejecimiento se planteado el tema de cuidados paliativos en todo el país entre otros, reitera que esto es casi un formalismo aprobar y, además, se debe de enviar a la Contraloría General de la República, pero la discusión de fondo que la Junta Directiva debió de tomar para la aprobación no se ha dado; el acuerdo 6° de la sesión N° 8825 era para que el Plan Operativo se presentara con la antelación, pero aquí la carreta está invertida e incluso es así como lo presentan primero el presupuesto y después el plan, reconoce que el presupuesto debe ser aprobado y enviado a la Contraloría , pero lo votará negativamente.

En ese sentido la señora Presidenta Ejecutiva se refiere y dice que efectivamente existe una inquietud de la Junta Directiva de tener cada vez un poco más de orientación al presupuesto por resultados que considera fue una directriz que dio la este cuerpo colegiado, pero la Institución le es muy difícil cambiar de un año a otro todo el esquema de trabajo, es un trabajo del que se está consciente y quieren hacerlo pero es un proceso, hacerlo de un año a otro es romper con todo la forma que la Institución recaba la información, considera que don Mario externa una propuesta y se debe de tomar en cuenta en ese sentido, el Plan Presupuesto o propuesta que se trajo hoy ha sido negociada y vista con las unidades ejecutoras porque básicamente la Caja tiene una forma de organizarse para subir las necesidades para el presupuesto que es bastante compleja, es muy compleja y mantiene un ritmo que entiende lo que don Mario desea plantear, pero para que la Institución pueda dar ese viraje se debe dar muchos institucionales tal como se planteó al inicio de tener presupuestos pluri anuales, u otras formas de elaborar el presupuesto, por otro lado también se está con estructura formales que exigen algunas formas, agrega que ha tenido una discusión muy grande a lo interior de la Institución con las metas del plan anual de desarrollo y ha sido una discusión con MIDEPLAN con sesiones intensas y ha costado porque hay una forma en que el país hace las cosas de manera que la Caja tiene que ir dando ese cambio pero a la vez ir convenciendo a todas las otras instancias que la visualizan y exigen. Efectivamente la inquietud es de toda la Junta Directiva y no solo de don Mario, en uno de los resultados con el proyecto del Banco Mundial está precisamente ese viraje y planificado lo que se debe de hacer pero pretender hacerlo de un año a otro es muy difícil y es que no solo la Caja debe de cambiar sino otras instancias.

El Director Barrantes Muñoz manifiesta que también votará negativamente y que acompaña las razones planteadas por don Mario y adicionalmente dice que es sumamente difícil que un oficio por el volumen del mismo que se remite a Junta Directiva con fecha 19 de setiembre poder asimilarlo habiéndolo recibido físicamente el día de ayer, personalmente ha estado en otras instituciones y es entendible lo que plantea también la doctora Sáenz, pero por dos años consecutivos ha planteado consecutivamente a la altura de los meses marzo, abril la necesidad de que se presenten las bases del planeamiento sin embargo no se ha logrado hacer, repite que entiende lo planteado por la doctora Sáenz sobre la dificultad de lo que implica este estilo de trabajo pero al menos, como Director siente la necesidad de que cuando se hace la remisión del presupuesto y el plan anula operativo se pueda tener la consideración con la Junta para que empiece a conocerlo la primera semana de setiembre y no a finales porque está pensado

únicamente para remitirlo a la Contraloría General de la República, o sea es solo un mero rito la aprobación por parte de la Junta Directiva, y ni siquiera se tiene la posibilidad de estar claro de una percepción desde el punto de vista financiero en términos de observaciones, considera que al menos se puede avanzar si en vez de estar resolviendo el presupuesto al filo del tiempo que se tiene disponible para remitirlo a la Contraloría General de la República se pudiera empezar a discutirlo con más antelación y permite una toma de decisiones mucho más informada y consciente de lo que implica dar el voto. Finalmente deja saber que no tiene inconveniente en sumar el voto a la decisión final de que quede en firme para los efectos del rito pero no puede decir que esta responsablemente en su caso particular emitiendo un voto que le satisfaga desde el punto de vista como miembro de éste órgano colegiado.

Por su parte don José Luis expresa que lo comentado por don Mario y don Rolando posiblemente todos lo comparte sin duda alguna lo ideal es un presupuesto discutido con mucha amplitud y con mucho tiempo y también sería muy importante que esta Junta Directiva tuviera una larga discusión de cómo se elabora y se estructura el presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social para tener más claro cómo es que se hace, de lo que entiende es que el problema es que desde el nivel central se le solicita a todas las unidades su presupuesto en un plazo definido y hay unidades que no se cumple y se debe de esperar, pero igualmente esa dinámica se puede cambiar porque si está atropellando para verlo a última hora, entonces en la discusión de la formulación y estructuración se debe de ver como esa dinámica permita que la Junta Directiva cuente con el presupuesto con al menos un mes antes de que se venza el plazo, señala que esta Junta puede que no vote el presupuesto y no hay ningún problema en el sentido estricto porque si no lo vota lo que pasa es que la Contraloría además de una llamada de atención lo que hace es aplicar el presupuesto anterior, claro eso pone a la Junta entre la espada y la pared y de ahí que todo desearía que se pueda discutir con mucho más tiempo, además dice que es partidario porque es muy feo votar con lo que acaba de decir y lo más racional desde el punto de vista de sus valores y de lo que cada quien cree no votarlo, pero desde el punto de vista del interés institucional se debe de plantear el tema del vencimiento del plazo de modo que propone que una vez que se resuelva de la manera que se resuelva el tema del presupuesto sea una discusión que se inicie en las próximas semanas como una necesidad de ver esa formulación y esa planificación y ese presupuesto, la metodología que se usa además no se debe de esperar el próximo año para analizarlo pero si se debe de Agendar porque es posible que los señores directores tengan criterios sobre el presupuesto o aportes sustantivos de a dónde dirigir el presupuesto, porque y con qué criterios, realmente el presupuesto es uno de los temas más álgidos, es un tema central es como las licitaciones que no se sabe si lo importante es votarla cuando llega o el origen de la licitación es la que se debe de analizar del por qué y cómo llega, la propuesta concreta es que se pueda agendar el tema de presupuesto no el otro año sino este mismo año para empezar a discutir el tema metodológico y la construcción del presupuesto.

La Directora Alfaro Murillo coincide con el planteamiento de don José Luis Loría no tiene más que compartir los directores Devandas Brenes y Barrantes Muñoz en materia que ya se ha dicho a lo largo de estos años de que se desea hacer el ejercicio no del presupuesto, sino de la definición de las políticas que deben regir a la Institución sobre las cuales se desarrolla el presupuesto, no solo son políticas generales son políticas muy concretas relacionadas como lo mencionaron, políticas con prioridades de inversión con el modelo de inversión que se quiere, con el tema de la priorización del apoyo al desarrollo de zonas rurales, fortalecimiento de los centros de atención de la salud en zonas rural y por supuesto políticas relacionadas con los

centros hospitalarios del primer nivel en el valle central y todo lo que tiene que ver con distribución de recursos, comparte plenamente que debe ser una discusión del cuerpo colegiado, y desea que quede en acta que la Junta Directiva si dan esas discusiones en todas las sesiones, que contantemente se toman decisiones sobre la política que debe de orientar la Institución sobre temas muy concretos en cada una de las grandes áreas, sobre infraestructura toman decisiones, aprueban un portafolio, aprueban las inversiones para todo el fideicomiso, sobre medicamentos, impulsado políticas y acciones que responden a esa políticas de fortalecimientos de atención en las diferentes áreas y de cómo accionar en caso de atender toda la demanda en cirugía y demás, que quede claro que si se hace, pero, no se hace articulado todas las semanas se toman decisiones y ese conjunto no se discuten en el marco de cómo racionalizar, como incluirlo dentro de las grandes líneas de lo que son las metas, comenta que por ejemplo el doctor Fallas le ha comentado que le gustaría que las metas sean definidas más en términos de salud a modo de ejemplo número de pacientes más atendidos, de lo que representan avance de la salud mas citas, menos citas, mas cirugías, etc y cuando el doctor le comenta eso también coincide con el Dr. Fallas y esas deberían ser las metas de la Caja ese es el negocio de la Institución, al igual que don José Luis quiere dejarle claro a la Administración y darle el mensaje a doña Rocío que de verdad no debe de pasar para el próximo año porque los directores tienen el mejor empeño en tener una discusión en todo lo que lleva al presupuesto, esa ruta hacia el presupuesto, normalmente los presupuestos en las instituciones se hacen basado en el histórico en el anterior y esa acción que es como muy orgánica y no muy cuestionada no permite ver donde podrían haber espacios de mejora y posiblemente lo que don Mario y don Rolando han dicho va orientado hacia eso mismo, dicho eso puede decir que hacer ante el acto de aprobación y expresa que si lo va a aprobar porque está segura que el trabajo que ha conllevado para la Administración es mucho, ya estamos sobre tiempo hoy es 22 de setiembre y entiende la premura pero el planteamiento a la Presidencia Ejecutiva y a los gerentes involucrados sobre todo a don Gustavo y a la Dirección de Planificación no quiere eso para el próximo año, sino que a partir de este momento quisiera al menos una sesión por mes e iniciar una discusión ordenada de cómo se desea que se exprese el presupuesto del año 2018 y al menos como Junta dejarían un aporte y el último presupuesto que queda aprobado para cuando salga esta Junta tenga algo de marca de la Junta Directiva 2014-2018, así las cosas lo aprueba con la solicitud expresa, clara y vehemente de que se empiece un proceso como lo han expresado los señores directores que les permite llegar a setiembre del 2017 si Dios lo permite a una aprobación donde todos estén más involucrados y más satisfecho de haber definido políticas claras en ese presupuesto de la Institución.

La Directora Soto Hernández añade que la columna vertebral de una institución es el presupuesto si este probablemente se haría jorobados, si bien es cierto existen plazos y hasta posiblemente desobediencia porque desde como el mes de abril se solicitó de que con tiempo se analizara el presupuesto, la Institución es muy compleja y a veces otras actividades quitan el tiempo, claro que es muy fácil correr para un presupuesto y que como dice don José Luis sino se aprueba la Contraloría llama la atención y aprueba el del año anterior, pero sería muy feo para este cuerpo colegiado y para la Institución, hace una llamada cariñosa pero efusiva a la Gerencia Financiera porque es mucho el trabajo de un gran equipo para traer hoy el presupuesto a escasos ocho días de tener que presentarlo a la Contraloría, señala que lo votará positivamente no sin antes mencionar que cuando llegaron a esta Junta encontraron paquetes de obras por realizar que dejaron otros, por el contrario desea dejar un aporte de que en el próximo presupuesto se asigne un presupuesto para geriatría y gerontología.

Seguidamente, el licenciado Picado Chacón da lectura a la propuesta de acuerdo:

### Propuesta de Acuerdo Junta Directiva

Con base en las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en los oficios GF-54428-2016 suscrito por la Gerencia Financiera, DP-1685-2016 emitido por la Dirección de Presupuesto, y el oficio DPI-457-16/DP-1696-2016, de la Dirección de Planificación Institucional y la Dirección de Presupuesto respectivamente, de fecha 16 de setiembre 2016, la Junta Directiva **ACUERDA:**

**ACUERDO PRIMERO:** Aprobar el Proyecto Plan-Presupuesto del año 2017 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones por los montos indicados en el siguiente cuadro e instruir a la Gerencia Financiera para la presentación del Proyecto a la Contraloría General de la República en cumplimiento con lo establecido en el artículo 18 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y la norma 4.2.6 de la Normas Técnicas sobre Presupuesto Público.

**Proyecto de Presupuesto 2017**  
(En millones de colones)

Seguro de Salud	Régimen Invalidez, Vejez y Muerte	Régimen No Contributivo Pensiones	Total CCSS
¢2.156.521,5	¢1.118.654	¢149.666,7	¢3.424.842,2

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por los Directores Devandas Brenes y Barrantes Muñoz, que votan en forma negativa.

**Por consiguiente,** se tiene a la vista el oficio firmado por el señor Gerente Financiero, que número GF-54428-2016, del 19 de setiembre del año en curso que, en lo pertinente, literalmente se lee de este modo:

“Para análisis y aprobación, se adjunta el documento del “Proyecto Plan-Presupuesto Institucional de la CCSS del año 2017” por un total de ¢3,424,842.2 millones, correspondiendo al Seguro de Salud ¢2,156,521.5 millones (63.0%), al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte ¢1,118,654.0 millones (32.7%) y ¢149,666.7 millones para el Régimen No Contributivo de Pensiones (4.3%).

## I. ANTECEDENTES

La Formulación del Plan-Presupuesto es la primera etapa del ciclo de planificación-presupuestación, que consiste en establecer con anticipación las necesidades de recursos para determinado período. La asignación de los recursos se realiza en atención a la planificación estratégica, las prioridades institucionales, el panorama económico y la disponibilidad financiera de la Institución.

Durante la fase de formulación se insta a las unidades ejecutoras a coordinar las actividades a lo interno para que a través de un proceso participativo se analicen los objetivos y metas para ese período y se realicen las estimaciones de recursos presupuestarios bajo criterios objetivos, de razonabilidad, economicidad y de priorización de necesidades.

Durante ese proceso debe observarse la normativa establecida en materia de planificación-presupuesto, dentro de los cuales se pueden citar los siguientes:

- Ley 8131 de Presupuestos Públicos y Administración Financiera.
- Normas Técnicas de Presupuesto Público de la Contraloría General de la República.

- Política Presupuestaria.
- Normas Técnicas del Plan-Presupuesto de la CCSS.
- Instructivo para la Formulación del Plan-Presupuesto.
- Lineamientos establecidos por la Junta Directiva y las instancias competentes, referentes a la utilización de los recursos, tal como la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros.

En ese sentido, se incluye la certificación sobre el cumplimiento de los requisitos del bloque de legalidad que debe cumplir el presupuesto inicial, emitido por la Contraloría General de la República.

Este documento cumple con los lineamientos establecidos por la Contraloría General de la República en las Normas Técnicas de Presupuesto Público (R-1-2012-DC-DFOE) y los lineamientos definidos a nivel interno de la CCSS en materia presupuestaria.

Se incluye en el presupuesto ordinario de la CCSS el financiamiento de los programas y actividades sustantivas de los tres Regímenes que administra la Caja, destacando los siguientes aspectos:

- a) Fortalecimiento de las inversiones en infraestructura y equipo. En ese sentido, se incorporan recursos para el fortalecimiento del Hospital Calderón Guardia, II Etapa Torre Este y la readecuación estructural, arquitectónica y electromecánica del Hospital de la Anexión, en Nicoya financiados con recursos del préstamo del BCIE. Asimismo, se incluyen proyectos de readecuación de salas de cirugía de varios centros de salud, proyectos de construcción de Ebais, a su vez, destaca el Programa de ingeniería ambiental, seguridad, equipamiento industrial e investigación y desarrollo (aguas residuales, seguridad humana, eléctrica, sísmica, entre otros), Proyectos de tecnologías de información y comunicaciones, financiados con recursos institucionales, así como del Programa de fortalecimiento de atención oncológica y la Ley General de Control del Tabaco.
- b) Financiamiento con recursos del FODESAF para la construcción y equipamiento de las Sedes de EBAIS Tipo 2 de Tirrasas de Curridabat y Upala.
- c) En equipamiento destaca la adquisición de 16 ventiladores pulmonares y 5 osciladores de alta frecuencia para varios Hospitales; asimismo, se refuerzan los programas de maternidad y neonatología.
- d) En sistemas de información, sobresale la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) fase I primer nivel de atención y fase II EDUS hospitalaria, así como los servicios de Contact Center para la gestión de citas, seguimiento de referencias, consulta de pacientes de la CCSS a partir del Sistema de Identificación de Agendas y citas, reforzamiento de la plataforma tecnológica institucional (DATA Center principal y alterno) y tecnologías de digitalización de imágenes médicas.

- e) Se incluyen recursos para el Plan de Recuperación de Infraestructura Institucional (FRI) y Plan de Recuperación de Equipo Médico (FREM), con el fin de fortalecer la prestación de los servicios a los usuarios(as).
- f) En el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, se incorporan los recursos correspondientes para el pago de las pensiones y las inversiones financieras a través de la compra de títulos valores y el programa de préstamos hipotecarios, como estrategia para capitalizar el régimen
- g) En el Régimen No Contributivo de Pensiones, destaca la previsión para el otorgamiento de 315 pensiones ordinarias nuevas mensuales. En el caso de parálisis cerebral se otorgarán 23 pensiones nuevas mensuales.

A continuación, se resumen los principales aspectos incluidos en el presupuesto para cada uno de los Regímenes, y se adjunta el documento en donde se observan los cuadros de ingresos y egresos y otra información complementaria.

## **II. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS ESTIMACIONES DE INGRESOS**

En la estimación de los ingresos se consideró su evolución en los últimos períodos y los datos reales al mes de julio del presente año, de conformidad con el acuerdo de Junta Directiva aprobado en el artículo 1 de la Sesión N° 8554, el cual establece que se continúe sobre la vía de presupuestar los ingresos con base en las recaudaciones efectivas.

A su vez, el Proyecto de Presupuesto 2017 se realizó en concordancia con el comportamiento de la economía nacional, de la labor desplegada por el área de inspección, la gestión cobratoria y dando especial seguimiento a las variables macroeconómicas que inciden en las finanzas institucionales. En el Apartado N° 1 del documento se adjunta el detalle de los ingresos para cada uno de los tres Regímenes.

En ese sentido, y de acuerdo a las perspectivas económicas mencionadas por el Banco Central en la Revisión del Programa Macroeconómico se estima que el crecimiento real del Producto Interno Bruto para los años 2016 y 2017 sea de 4.2% y 4.3% respectivamente, con un resultado esperado del índice inflacionario de  $3(\pm 1)$  % para ambos períodos.

Similarmente, se analizaron las cifras de los trabajadores reportados según la estadística de la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS, en donde se observa en el Seguro de Salud un aumento de diciembre 2015 a junio del 2016 de 634 trabajadores en el Sector Público y de 18,995 trabajadores el Sector Privado.

Debe resaltarse en el caso del empleo público que en el Proyecto de Presupuesto de la República del año 2017 se incluye una previsión para el financiamiento de 2,343 plazas nuevas, las cuales se distribuyen en los sectores de Educación y Seguridad Ciudadana. En línea con lo anterior, para el Ministerio de Educación Pública se destina el 58.3% de las plazas, el Poder Judicial 16.1% y Ministerio de Justicia y Paz 11.7%, Ministerio de Seguridad Pública 5.2% y otros 8.7%.

Asimismo, se incluyeron las cifras incluidas en el Proyecto de Presupuesto Ordinario de la República 2017, como transferencias a la CCSS, en donde destaca el fortalecimiento de la Cuota

Estado como Tal, las cuotas complementarias de los trabajadores independientes y convenios especiales, la incorporación para ese período de ¢25,750.0 millones para el financiamiento de los servicios de salud derivados de leyes especiales y de ¢20,529.6 millones correspondientes a la Ley 9028 General del Control de Tabaco. También se consideraron los montos comunicados por otras Instituciones, resaltando un monto de ¢36,715.0 millones del FODESAF para la atención de la población indigente.

En el cuadro N° 1 se muestra la participación de cada régimen en el proyecto total de presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social:

**Cuadro No. 1**  
Proyecto Presupuesto 2017  
(En millones de colones)

Regímenes	Monto	% Partic.
S.E.M	¢2,156,521.5	63.0
I.V.M	¢1,118,654.0	32.7
R.N.C.P	¢149,666.7	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>¢3,424,842.2</b>	<b>100.0</b>

### III. PRESUPUESTO ORDINARIO 2017 (Millones de colones)

#### 1. SEGURO DE SALUD

##### 1.1 Ingresos

**¢ 2,156,521.5**

Se considera una estimación de los ingresos, de acuerdo al comportamiento del empleo, el crecimiento esperado del PIB, la cantidad de trabajadores reportados en el SICERE y los resultados reales de los últimos períodos y al mes de julio 2016.

Los ingresos del Seguro Salud se componen de ingresos corrientes, capital y financiamiento, donde la mayor participación corresponde a las contribuciones a la Seguridad Social con un 78.2%, incluidas en los ingresos corrientes.

**Cuadro No. 2**  
Seguro de Salud, Presupuesto de Ingresos 2017  
(En millones de colones)

Concepto	Monto	% Partic.
Ingresos Corrientes	¢1,995,361.7	92.5
Ingresos de Capital	¢646.3	0.1
Financiamiento	¢160,513.5	7.4
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>¢2,156,521.5</b>	<b>100.0</b>

**1.1.1 Ingresos Corrientes****¢ 1,995,361.7**

Participan con un 92.5% y están formados por las contribuciones a la seguridad social, los ingresos no tributarios y las transferencias corrientes.

Dentro de las contribuciones se incluyen las cuotas obreros patronales del Estado, Sector Privado, Sector Público y las cuotas de los trabajadores. Además, se registran los ingresos de asegurados voluntarios y sector externo.

Los ingresos no tributarios contienen -entre otros- las ventas de servicios médicos, se incluyen los servicios administrativos por el aporte al Programa de Administración y Gobierno de los Seguros Sociales del Régimen Invalidez, Vejez y Muerte, así como los intereses recibidos por las inversiones en títulos valores del sector público y privado.

Las transferencias corrientes corresponden en su mayoría a los aportes del Estado en su condición de solidario: Cuota estatal y Trabajadores independientes. Se destaca la incorporación en el Presupuesto Ordinario de la República 2017 de un monto para la Atención de los Servicios de Salud de la Población Indigente (tanto del Gobierno Central como del FODESAF) y la suma por la Transferencia de la Ley 9028 General del Control Tabaco.

**1.1.2 Ingresos de Capital y Financiamiento****¢ 161,159.8**

Los ingresos de capital alcanzan ¢646.3 sobresaliendo la transferencia de recursos del Gobierno Central como parte del convenio de deuda suscrito por la CCSS con el Ministerio de Hacienda para el pago de varios préstamos externos.

En el rubro de Financiamiento, destaca la inclusión de ¢7,772.0 del préstamo con el BCIE, para desarrollar el programa de “Renovación de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario”, específicamente para el año 2017, el fortalecimiento del Hospital Calderón Guardia II etapa Torre Este y la Readequación estructural, arquitectónica y electromecánica del Hospital de La Anexión, en Nicoya.

Asimismo, se incluyen ¢150,484.1 del superávit específico que corresponden a la estimación de recursos no ejecutados a diciembre 2016 por los siguientes conceptos:

- Recursos de la C.C.S.S por ¢101,311.2.
- Transferencia de la Junta de Protección Social para la Red Oncológica Nacional, conforme a la Ley 8718, ¢12,234.2.
- Transferencia por la Ley 9028 Ley General de Control del Tabaco, ¢32,017.8
- Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares Sedes de Ebais tipo 2 de Tirrases de Curridabat y Upala ¢435.0
- Recursos de JUDESUR por ¢576.0 para el Ebais de Santa Cruz del Área de Salud de Buenos Aires y el Ebais de Colorado del Área de Salud Corredores.
- Recursos del FODESAF para la construcción edificio Centro Nacional Control del Dolor y Cuidados Paliativos por ¢3,557.5.

- Recursos del INAMU para el equipamiento del Hospital de las Mujeres y Salón Rosa por ¢352.4.

**1.2 Egresos****¢2,156,521.5**

El total de egresos es de ¢2,156,521.5 cuya composición se observa en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 3**  
Seguro de Salud, Presupuesto de Egresos 2017  
(En millones de colones)

Concepto	Monto	% Partic.
Remuneraciones	¢ 1,279,437.0	59.3
Servicios	¢ 224,199.3	10.4
Materiales y Suministros	¢ 310,536.6	14.4
Bienes Duraderos	¢ 124,955.4	5.8
Transferencias Corrientes	¢133,218.9	6.2
Otros	¢ 84,174.3	3.9
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>¢ 2,156,521.5</b>	<b>100.0</b>

Para el Presupuesto de Egresos del Seguro Salud se consideró la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos y la Política Presupuestaria.

**1.2.1 Remuneraciones****¢ 1,279,437.0**

Corresponde a los conceptos salariales y las cargas sociales de los funcionarios (as) de la Institución y representan un 59.3% del presupuesto total del Seguro de Salud, al ser un régimen de servicios. Dentro del monto presupuestado se incluye un 4% como previsión para los aumentos salariales del próximo período.

Las subpartidas más importantes de este grupo son las remuneraciones básicas e incentivos salariales como la retribución por años de servicio, décimo tercer mes y salario escolar. Además, incluyen las remuneraciones eventuales donde sobresale la subpartida de Tiempo Extraordinario, correspondiente a los pagos realizados a los trabajadores (as) que laboran fuera de la hora ordinaria.

**1.2.2 Servicios****¢ 224,199.3**

Estos rubros participan con un 10.4% del total de egresos y contienen la asignación presupuestaria para servicios básicos que requieren las unidades ejecutoras en la operación como: energía eléctrica, agua, telecomunicaciones.

Destaca la subpartida “Servicios Médicos y de Laboratorio” en la cual se incluyen los egresos por atención de asegurados(as) brindados por terceros, cuando la Institución no cuenta con recursos humanos y técnicos suficientes, destacando la prestación de servicios integrales de la salud realizada por proveedores externos en varias Áreas de Salud.

Asimismo, destaca el fortalecimiento del mantenimiento preventivo y correctivo de los diferentes edificios, equipos médicos, cómputo, oficina, transporte y de producción, para lo cual se incluye un monto de ¢5,000.0 millones como parte del Programa de Fortalecimiento de la Recuperación de Infraestructura.

También considera la subpartidas de “Servicios Generales” derivado de la contratación de servicios de limpieza y vigilancia de edificios y mantenimiento de zonas verdes por terceros. Así como también los servicios de traslado de pacientes y hospedajes, para los asegurados (as) que necesitan desplazarse a otros centros de salud a recibir atención.

### **1.2.3 Materiales y Suministros ¢ 310,536.6**

Este grupo de subpartidas tiene un porcentaje de participación de 14.4%, siendo los montos más importantes los requeridos por el programa de abastecimiento institucional para:

**1.2.3.1 “Productos Farmacéuticos y Medicinales”:** medicamentos para el tratamiento de enfermedades de la población, se incluye la adquisición de medicamentos de las 54 clases terapéuticas según lista oficial de medicamentos, como: antibióticos, antivirales, agentes cardiacos, antihipertensivos, hemostáticos, drogas estupefacientes, hipociglemiantes antineoplásicos, hemostáticos, entre otros. Así como también fármacos y tratamientos especiales para VIH/SIDA, trasplante de órganos, cáncer y enfermedades hematológicas.

**1.2.3.2 “Útiles y Materiales Médicos Hospitalarios”:** productos e insumos necesarios para realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamientos en los servicios de cirugía, gastroenterología, cardiología, neurocirugía, neumologías, odontología, ortopedia, rayos x y demás servicios que brinda el Seguro de Salud.

**1.2.3.3 “Otros Productos Químicos”:** se incluye la adquisición de reactivos que se utilizan en las pruebas que se aplican en los laboratorios clínicos; asimismo los gases medicinales utilizados en salas de operaciones y cuidados intensivos, hospitalización, aire comprimido, entre otros.

### **1.2.4 Bienes duraderos ¢ 124,955.4**

#### **1.2.4.1 Maquinaria, Equipo y Mobiliario ¢ 73,830.9**

En este grupo se incluyen las subpartidas de equipamiento para los diferentes programas y áreas de la Institución.

En equipo médico destaca la Dirección de Equipamiento Institucional para la adquisición de equipo de mediana y alta complejidad entre ellos la compra de 16 ventiladores pulmonares para los Hospitales Monseñor Sanabria, San Rafael de Alajuela, Enrique Baltodano, Tony Facio, Escalante Pradilla, San Carlos, entre otros. Adicionalmente, la adquisición de 5 osciladores de alta frecuencia para los Hospitales México, San Juan de Dios, Calderón Guardia y Max Peralta. Se financia la compra de las Centrales de Monitoreo del Hospital México. Asimismo se incluye un monto de ¢5,000.0 para el Programa Fortalecimiento de la Recuperación de Equipo Médico (FREM). Además, se fortalecen los Programas de Maternidad en ¢1,000.0 y Neonatología ¢2,000.0.

Por su parte, con recursos de la Ley General Control del Tabaco y del Proyecto de Red Oncológica se financia la compra de equipos para varios centros médicos de la institución entre los cuales destacan, 28 unidades dentales fijas para las Áreas de Salud de Santa Bárbara, Santa Cruz, Grecia, Bagaces, entre otras; 18 torres y 52 sondas de endoscopia digestiva, adquisición de 20 equipos de Rayos x para los Hospitales Max Peralta, Niños, México, San Carlos, entre otros; sustitución de 56 ultrasonidos y el equipamiento de la Unidad Coronaria de Hospital Calderón Guardia.

En el Programa de tecnologías de información y comunicación, destaca el reforzamiento de la plataforma tecnológica institucional, implementación de servicios de red inalámbrica, tecnologías de digitalización de imágenes médicas y sistema integrado de información para la gestión de mantenimiento.

Finalmente, se incluye el financiamiento de equipo menor y de baja complejidad a adquirir por las unidades ejecutoras, para la sustitución de equipo que ya cumplió su vida útil y el mejoramiento de los servicios a los usuarios.

**1.2.4.2 Construcciones, Adiciones y Mejoras y  
Otros rubros de Bienes Duraderos**

**¢ 51,124.5**

Destaca el fortalecimiento del Fondo de Recuperación de Infraestructura (FRI) por ¢5,000.0.

Sobresale el financiamiento de los proyectos a realizar por la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, entre los que destacan los siguientes programas:

**Inversión Hospitalaria:** con recursos del BCIE se financia el fortalecimiento del Hospital Calderón Guardia II etapa Torre Este y la Readecuación Estructural, Arquitectónica y Electromecánica Hospital de La Anexión, en Nicoya.

Con recursos del FODESAF se financia la Construcción de las Sedes de Ebais tipo 2 de Tirrases de Curridabat y Upala.

**Fortalecimiento del primer nivel:** construcción sedes de Ebais tipo 1, 2 entre los cuales destacan Vuelta de Jorco de Aserrí, tipo 2 Dos cercas de Desamparados, La Rivera de Belén, Escobal Belén y las sedes de visita periódica Bajo Blei y Piedra mesa de Talamanca

Readecuación de los quirófanos de los Hospitales San Francisco de Asís, Max Peralta así como el servicio de urgencias del Hospital Escalante Pradilla. Asimismo, destaca la construcción de la unidad de medicina reproductiva del Hospital de las Mujeres y sede administrativa del Área de Salud de Golfito.

Realización de 11 proyectos en los sistemas de tratamiento de aguas residuales entre los cuales destacan: las Áreas de Salud de Belén Flores, Siquirres, Aserrí y los Hospitales Chacón Paut, San Francisco de Asís y Escalante Pradilla.

Ejecución de 32 proyectos de los sistemas de calidad y seguridad eléctrica, en donde destacan entre otros: los Hospitales William Allen, San Vicente de Paul, México, San Carlos y sitios atípicos para EDUS.

### **1.2.5 Activos Financieros** **€ 49,840.9**

Con recursos Institucionales y del Fondo de Fortalecimiento de Red Oncológica y de la Ley de Control del Tabaco, se destinan para la adquisición de títulos valores a largo plazo, con lo cual se espera generar un mejor rendimiento de estos fondos y mejor gestión de los recursos disponibles, para el aprovisionamiento de los proyectos a desarrollar en el mediano plazo definidos en el Plan de Inversiones.

### **1.2.6 Transferencias Corrientes, Amortizaciones, Cuentas Especiales y Otros** **€ 167,552.3**

Dentro de este grupo destaca la subpartida “Otras Prestaciones a Terceras Personas”, que incluye los subsidios por incapacidad a los (as) asegurados (as) directos(as) que se encuentran incapacitados (as), ayudas económicas para accesorios médicos. Así como también la subpartida de “Prestaciones Legales”. Se incluye además una previsión para indemnizaciones y se otorga el financiamiento a becas, realizándose un esfuerzo para contar con recursos humanos formados y capacitados de acuerdo a las necesidades institucionales.

Las amortizaciones corresponden a los intereses y comisiones por préstamos externos; parte del financiamiento proviene del Convenio con el Ministerio de Hacienda por la deuda estatal.

En Cuentas Especiales se incluye un monto de €27,725.7 en la subpartida de Sumas sin Asignación Presupuestaria con destino específico, para equilibrar el presupuesto de egresos al de ingresos. De ese monto, €21,000.0 corresponden a recursos CCSS y el resto al fondo del Fortalecimiento de la Red Oncológica, la transferencia derivada de la Ley General de Control del Tabaco, la transferencia de la Junta de Protección Social para la construcción y equipamiento del Centro Psiquiátrico Penitenciario, Ley 8584 Centro Nacional Del Dolor y Transferencia del Gobierno Central para el Laboratorio de Paternidad Responsable, con los cuales se pueden atender necesidades que se presenten en el transcurso del período.

## **2. RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE**

### **2.1 Ingresos** **€1,118,654.0**

La composición de los ingresos está dada por ingresos corrientes, de capital y financiamiento, según se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 4**  
Régimen Invalidez, Vejez y Muerte, Presupuesto de Ingresos 2017  
(En millones de colones)

Concepto	Monto	% Partic.
Ingresos Corrientes	¢ 979,980.1	87.6
Ingresos de Capital	¢ 43,673.9	3.9
Financiamiento	¢ 95,000.0	8.5
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>¢1.118.654.0</b>	<b>100.0</b>

Los supuestos para la estimación de los ingresos en este Régimen fueron los mismos mencionados para el Seguro de Salud.

### 2.1.1 Ingresos Corrientes

**¢ 979,980.1**

Se componen de las contribuciones a la seguridad social, los ingresos no tributarios y las transferencias corrientes, participan con un 87.6% del total. Las contribuciones representan la mayor participación con un 65.3% del total de ingresos.

Dentro de las contribuciones se incluyen las cuotas patronales del Estado, Sector Privado y Sector Público, cuotas de los trabajadores, asegurados voluntarios y sector externo.

Asimismo, por ser un régimen de capitalización sobresalen los recursos provenientes de los intereses recibidos por las inversiones en títulos valores del sector público y privado.

Las transferencias corrientes corresponden en su mayoría a los aportes del Estado en su condición de solidario.

### 2.1.2 Ingresos de Capital y Financiamiento

**¢ 138,673.9**

Los ingresos de capital lo constituyen la recuperación de préstamos al sector privado por ¢5,455.6 (créditos hipotecarios) y de otras inversiones en títulos valores por ¢38,218.3

Asimismo, en Financiamiento se incluye un monto de ¢95,000.0 del saldo en caja y bancos (diferencia entre ingresos y egresos) estimado al finalizar el año 2016, con el cual se financian las inversiones en títulos valores para capitalizar el régimen.

**2.2 Egresos****¢1,118,654.0**

El presupuesto total de egresos alcanza la suma de ¢1,118,654.0 millones, siendo el pago de las pensiones y las inversiones financieras los rubros más importantes.

**Cuadro No. 5**  
Invalidez, Vejez y Muerte, Presupuesto de Egresos 2017  
(En millones de colones)

Concepto	Monto	% Partic.
Remuneraciones	¢ 8,306.4	0.7
Servicios	¢ 20,145.2	1.8
Activos Financieros	¢ 148,203.7	13.2
Transferencias Corrientes	¢ 927,574.1	82.9
Otros	¢ 14,424.6	1.4
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>¢1,118,654.0</b>	<b>100.0</b>

**2.2.1 Remuneraciones****¢ 8,306.4**

Corresponde a los conceptos salariales pagados a los trabajadores (as) de la Institución, incluyendo el salario escolar y las cargas sociales. Dentro del monto presupuestado se incluye un 4% como previsión de los aumentos salariales del próximo período.

**2.2.2 Servicios****¢ 20,145.2**

Los Servicios Básicos contienen la asignación presupuestaria para servicios que requieren las unidades ejecutoras en la operación como energía eléctrica, agua, teléfono, entre otros.

En el subgrupo de Servicios Comerciales y Financieros sobresale la subpartida Comisiones y gastos por servicios financieros y comerciales para el pago de las comisiones por los servicios de intermediación financiera en el pago de las pensiones y otras transacciones financieras. También se incorpora la subpartida de Información y Publicidad, que contemplan, entre otros, las campañas publicitarias para los programas de Prestaciones Sociales, Ciudadano de Oro e información para los pensionados (as) de este Régimen.

En los servicios de gestión y apoyo, se incorpora el pago de los gastos administrativos al Seguro de Salud como aporte al Programa de Administración y Gobierno de los Seguros Sociales y la contratación por terceros en seguridad y vigilancia de los Edificios Jorge Debravo, La Casona y el inmueble en San Juan de Tibás.

Asimismo, destacan los recursos para las actividades llevadas a cabo por la Dirección de Prestaciones Sociales como el programa de Ciudadano de Oro.

**2.2.3 Materiales y Suministros** **€ 163.5**

En este grupo se incluyen los gastos de operación diaria de las unidades, con los cuales se espera brindar un servicio adecuado a los usuarios (as), tales como papelería, tintas y demás materiales de oficina.

Sobresale el rubro de Repuestos y Accesorios, para garantizar el adecuado funcionamiento de los bienes muebles e inmuebles, y el mantenimiento de los equipos de oficina y cómputo.

**2.2.4 Intereses y Comisiones** **€ 8,445.5**

Se incorporan los recursos para el pago de intereses acumulados a los poseedores de los títulos adquiridos en el mercado secundario; además de comisiones y otros gastos derivados de la custodia e inversiones de títulos valores, realizada por la Dirección de Inversiones.

**2.2.5 Activos Financieros** **€ 148,203.7**

Se financia la adquisición de títulos valores, donde sobresale la colocación de vencimientos de corto a largo plazo e inversión de recursos nuevos, así como la recuperación y reinversión de cupones de intereses de operaciones de largo plazo, tanto de inversiones en el sector público como del sector privado.

Se incluyen inversiones en diferentes líneas y alternativas que ofrece el mercado, en procura de la obtención de mayores rendimientos y colocaciones en recursos de alta liquidez.

También se incorporan recursos para el programa de préstamos hipotecarios a los asegurados (as) de ese Régimen.

**2.2.6 Bienes duraderos** **€ 815.6**

Sobresale lo presupuestado por la Gerencia de Pensiones en el rubro de Equipo y programas de cómputo para la adquisición de servidores de misión crítica en complemento del proyecto de actualización de la plataforma tecnológica que soporta los diferentes sistemas de información, así como la modernización del hardware de la Gerencia, sustituyéndose equipos que van quedando obsoletos.

Por otra parte, la Dirección Financiera Administrativa presupuesta para la implementación del sistema de detección, alarma y supresión de incendios en los edificios Jorge Debravo y la Casona y la adquisición de una planta generadora de energía para el inmueble la Casona. A su vez se incorporan recursos para los proyectos de construcción de rampas de acceso al inmueble la Casona, la Ampliación del Depósito del Archivo Central y del Taller para el servicio de mantenimiento del área administrativa.

**2.2.7 Transferencias Corrientes** **€ 927,574.1**

Se contemplan especialmente los recursos para el pago de las pensiones, aguinaldo derivado de estas y la contribución al Seguro de Salud por los pensionados de este Régimen, de acuerdo a las estimaciones actuariales.

### 2.2.8 Cuentas Especiales ¢ 5,000.0

Se incorpora el rubro de “Sumas con destino específico sin Asignación Presupuestaria”, a fin de equilibrar el presupuesto de egresos al de ingresos y con los cuales se pueden atender necesidades en el transcurso del período.

## 3. REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES

El presupuesto del Régimen No Contributivo de Pensiones alcanza la suma de ¢149,666.7 según se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 6**  
Régimen No Contributivo de Pensiones, Presupuesto 2017  
(En millones de colones)

Concepto	Monto	% Partic.
Ingresos No Tributarios	¢ 450.0	0.3
Transferencias Corrientes	¢ 139,216.7	93.0
Recursos de Vig. Ant.	¢10,000.0	6.7
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>¢ 149,666.7</b>	<b>100.0</b>
Servicios	¢ 5,918.0	4.0
Transferencias Corrientes	¢ 142,309.7	95.0

### 3.1 Ingresos ¢ 149,666.7

#### 3.1.1 Ingresos Corrientes y Financiamiento ¢ 149,666.7

Los ingresos contemplan las transferencias realizadas por el Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo Ley No 7983 de Protección al Trabajador y Fondo Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. Además contiene los aportes del Estado correspondientes a Ley No. 7972 de Impuesto al Cigarrillo y Licores, Junta de Protección Social y un monto del posible superávit específico al finalizar el período 2016.

### 3.2 Egresos ¢ 149,666.7

Los egresos de este régimen corresponden al pago de pensiones y los gastos por servicios médicos y administrativos al Seguro de Salud.

En el caso de las pensiones se incluyen en el grupo de las Transferencias Corrientes y alcanzan los ¢103,174.5 para las ordinarias y ¢13,249.7 por parálisis cerebral. Adicional al monto anterior, se incorpora la suma de ¢9,877.2 de aguinaldo y ¢16,008.3 por los servicios de salud prestados a los beneficiarios (as) del Régimen.

En el caso de las pensiones ordinarias, el monto de la pensión promedio se estima en ¢78.000 para todo el 2017, que corresponde a la última propuesta de aumento, según oficio DAE-465-16 del 30/05/2016 y se espera un incremento de 315 pensiones nuevas mensuales. En cuanto a las pensiones vitalicias se proyecta un incremento de 1.79% en el I y II semestre al monto de la pensión promedio y se espera un aumento de 23 pensiones nuevas mensuales.

En monto de Cuentas Especiales corresponde a la cifra para equilibrar el presupuesto de egresos al de ingresos y se deja un monto para posibles ajustes adicionales al monto de las pensiones y otras necesidades que se presenten en el transcurso del período.

#### **IV. PLAN ANUAL INSTITUCIONAL**

Este apartado se elabora según lo dispuesto en las Normas Técnicas sobre Presupuesto Público, de la Contraloría General de la República (CGR), en el punto 4.2.14 inciso c), “Información Institucional Importante”, el cual dicta lo siguiente: “i) El plan anual de la institución, según las especificaciones que establezca el sistema de información diseñado por la Contraloría General de la República para la presentación del presupuesto inicial y sus variaciones”.

Su propósito es informar sobre la programación de metas del Plan Anual Institucional 2017 a las autoridades superiores de la Institución, para su aprobación y toma de decisiones; la misma incorpora metas y proyectos de relevancia institucional, al encontrarse alineada al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante” y al Plan Estratégico Institucional 2015-2018, documentos elaborados en procura de un acercamiento hacia la metodología de enfoque de gestión para resultados.

##### **4.1 Programación**

El PAI 2017 considera el cien por ciento (100%) de las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, con programación en el 2017, del Sector Salud, Nutrición y Deporte y Sector Desarrollo Humano e Inclusión Social, contribuyendo al logro de los objetivos sectoriales; y proyectos de la Agenda de Fortalecimiento del Plan Estratégico Institucional 2015-2018 con un alto grado de madurez.

Asimismo, se incorpora metas de interés institucional, en vista de la importancia estratégica para el desarrollo interno de la gestión, relacionadas con el cumplimiento de objetivos incluidos en el Plan Estratégico Institucional.

Por tanto, la programación del PAI 2017 está conformada por un total de treinta y ocho metas, como se observa en la siguiente figura:

**Figura N°1**  
**Conformación de metas**  
**Programación Plan Anual Institucional 2017**



**Fuente:** Elaboración propia. Dirección de Planificación Institucional, Setiembre, 2016

De la figura anterior, se visualiza la relación de las metas del PND y PEI con los proyectos de la Agenda de Fortalecimiento, por cuanto de las veintitrés metas contempladas en el PND, dieciséis están relacionadas con catorce proyectos de la misma. En cuanto al PEI, de las quince metas, catorce tienen afinidad con siete proyectos de la Agenda.

En consecuencia, el PAI 2017 cuenta con 21 proyectos de la Agenda de Fortalecimiento, evidenciando un alineamiento entre la planificación de mediano plazo y la operativa.

Asimismo, de los restantes veinte proyectos de la Agenda, tres están concluidos: Área de Salud Mora-Palmichal, Área de Salud Barva y Hospital de La Anexión; y dos con programación en el 2018: Hospital de Puntarenas y la cobertura de examen de papanicolaou a nivel nacional.

En lo correspondiente a la distribución por programa presupuestario de las metas del PAI 2017, de las treinta y ocho programadas: treinta y dos se encuentran en el de Atención Integral a la Salud de las Personas, una en Atención Integral de las Pensiones, tres en Conducción Institucional y dos en el Régimen no Contributivo; como se muestra seguidamente:

**Figura N°2**  
**Distribución de metas, por programas presupuestarios, 2017**



**Fuente:** Elaboración propia. Dirección de Planificación Institucional, Setiembre, 2016

El presupuesto estimado para la ejecución de las treinta y ocho metas corresponde a doscientos ochenta y seis mil ciento noventa y ocho millones novecientos ochenta y cuatro mil ciento diez colones con ochenta y seis céntimos (¢286.198.984.110,86), cuyo detalle por programa y/o proyecto se presenta a continuación:

**Cuadro N°1**  
**Plan Anual Institucional**  
**Presupuesto Estimado, 2017**  
**Por programa y/o proyecto**

<b>Nombre del Programa y/o Proyecto</b>	<b>Presupuesto Estimado</b>
Estrategia nacional para la prevención, control y vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y de las enfermedades neurocognitivas en la población.	¢238.101.978,00
Detección Temprana, Control y Rehabilitación de las Personas con Cáncer.	¢11.766.476.754,54
Acceso y Oportunidad de los Servicios de Salud.	¢991.155.253,18
Programa Nacional de Atención de los Trastornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones.	¢7.572.720.734,14
Sostenibilidad Financiera de la CCSS.	¢626.050.000,00
Desarrollo de la Infraestructura para el Fortalecimiento de las Acciones del Sector.	¢80.732.000.000,00
Atención Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles con Énfasis en HTA, Diabetes y Dislipidemias en Población de 20 años y más	¢1.715.625.000,00
Programa de Pensiones del Régimen No Contributivo (RNC)	¢149.832.045.511,00
Programa Nacional de Contribución al Desarrollo de los Territorios Indígenas.	¢1.928.000.000,00
Proyecto Modelo de Prestación de Servicios de Salud y Organización en Red.	¢581.268.980,00
Proyecto “Plan de Innovación de los Procesos Financieros, Administrativos y Logísticos”.	¢8.564.000.000,00
Proyecto Reestructuración Organizacional del Nivel Central CCSS.	¢317.539.900,00
Proyecto EDUS-ARCA.	¢16.834.000.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>¢281.698.984.110,86</b>

**Fuente:** Elaboración propia con datos aportados por las unidades ejecutoras, Setiembre, 2016.

El monto indicado anteriormente corresponde al presupuesto estimado para la ejecución de las metas programadas en el PAI 2017, el cual forma parte del presupuesto institucional; de ahí la diferencia con este último, por cuanto estos recursos responden al cumplimiento de actividades a realizar en la totalidad de unidades ejecutoras de la Institución.

## V. DICTAMEN TECNICO

Mediante oficio DP-1685-2016 de fecha 16 de setiembre de 2016, de la Dirección de Presupuesto emitió el dictamen Técnico del Proyecto de Presupuesto 2017 del Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones, el cual cumple con los aspectos técnicos y los lineamientos establecidos para la presentación del presupuesto ordinario, y de conformidad con lo informado en oficio DPI-457-16, DP-1696-2016, en el cual se remitió a la Gerencia Financiera la propuesta del “Proyecto Plan-Presupuesto 2016”.

## VI. RECOMENDACIÓN

Teniendo presente el dictamen técnico DP-1685-2016 emitido por la Dirección de Presupuesto y el oficio DPI-457-16-DP-1696-2016, de la Dirección de Planificación Institucional y Dirección de Presupuesto de fecha 16 de setiembre 2016, la Gerencia Financiera recomienda a la Junta Directiva la aprobación del Proyecto Plan-Presupuesto del año 2017, correspondiente al Seguro de Salud, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones ...”,

habiéndose hecho la presentación respectiva por parte de licenciado Picado Chacón, así como de la licenciada Martha María Jiménez Vargas, Jefe del Área de Planificación Operativa de la Dirección de Planificación Institucional, y con base en las recomendaciones y criterios técnicos contenidos en los oficios números GF-54428-2016, DP-1685-2016 emitidos por la Dirección de Presupuesto y DPI-457-16/DP-1696-2016, de la Dirección de Planificación Institucional y Dirección de Presupuesto, respectivamente, de fecha 16 de setiembre del año 2016, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** aprobar el Proyecto Plan-Presupuesto del año 2017 del Seguro de Salud, del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y del Régimen no Contributivo de Pensiones, por los montos indicados en el siguiente cuadro:

### PROYECTO DE PRESUPUESTO 2017 (En millones de colones)

SEGURO DE SALUD	RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES	TOTAL CAJA
¢ 2,156,521.5	¢ 1,118,654.0	¢ 149,666.7	¢ 3,424,842.2

Asimismo, se acuerda instruir a la Gerencia Financiera para la presentación del citado Proyecto a la Contraloría General de la República, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 18 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y la norma 4.2.6 de las Normas Técnicas sobre Presupuesto Público.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Devandas Brenes que vota en forma negativa. En este caso el Director Barrantes Muños da la firmeza. Por lo tanto, lo acordado se adopta en firme.

El doctor Ballesterero Harley, la licenciada Jiménez Vargas, el ingeniero Reyes Guzmán y la licenciada Villarreal Fuentes se retiran del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 21°**

El Director Barrantes Muñoz, en relación con la situación de aseguramiento de los agentes de seguros del Instituto Nacional de Seguros (INS) comenta que ya tiene dos casos con situaciones muy similares en donde se mantiene el criterio de una relación laboral y segundo es que la jurisprudencia relacionada con este tema en situaciones muy similares, como dicen los abogados no es pacífica, y el tercer argumento es que en el marco de la autonomía institucional se tiene que tomar decisiones, entiende de que eventualmente no exponerse a riesgos y es un tema a valorar, pero considera que la jurisprudencia no es solo una sobre ese tema. La misma valoración institucional de situaciones similares y la autonomía de la Caja indica que hay un mandato a decir que se piensa como Institución o como valoran una relación estos tres elementos son muy fuertes como para definir.

El licenciado Picado manifiesta que la Institución ha hecho un análisis y la Gerencia Financiera a través de la Dirección de Inspección en el que han externado un criterio inicial, también algunas observaciones sobre eventualmente considerar lo planteado por don Rolando, pero se debe de discutir a fondo porque existen fallos de la Sala Constitucional y de Tribunales en cierta línea que se aportaron en su momento, no obstante en quince días puede traer el análisis comparativo con el caso del Banco Popular y tener una sesión para poder discutirlo.

Respecto del aseguramiento de los sacerdotes el licenciado Picado Chacón informa que han estado conversando con un representante de ellos y el próximo lunes se reúnen nuevamente, hay una propuesta de solicitar al tribunal la suspensión del proceso por dos meses, esto jurídicamente se puede hacer, debe de decir que siguen existiendo las mismas diferencias de fondo en el tema de no aceptar relación patronal y que se les trate de una forma diferente, la idea es conseguir la suspensión de dos meses para encontrar un espacio más abierto para una negociación final, además de que la propuesta debe de ser por un mandato consensuado.

**Se toma nota.**

**Por otra parte**, en relación con la convocatoria por parte de la Comisión Especial de Puntarenas, **se toma nota** de lo referido por la señora Presidenta Ejecutiva, en el sentido de que se informará a los señores Directores si se mantiene.

#### **ARTICULO 22°**

Por mayoría, dado que la Directora Alfaro Murillo vota negativamente, la Junta Directiva **ACUERDA** expresar su reconocimiento al Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) por la construcción del Proyecto Hidroeléctrico Reventazón, en virtud de los beneficios que de ella se derivan para el bienestar de la comunidad en general.

Sometida a votación la propuesta para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, salvo por la ingeniera Alfaro Murillo que vota en forma negativa. Por lo tanto, lo acordado se adopta en firme.

## ARTICULO 23°

Se toma nota de que se reprograma, para la próxima sesión ordinaria, la presentación de los temas que se detalla:

### I) Gerencia Financiera:

#### *Asunto informativo:*

- c) **Oficio N° GF-53.792-2016**, de fecha 22 de julio de 2016: presentación Informe de morosidad patronal, trabajador independiente y Estado al II trimestre de 2016.

### II) Gerencia de Pensiones:

#### *Asuntos informativos:*

- a) **Oficio N° GP-59.032-16** del 22 de agosto del 2016: presentación cartas de gerencia, Auditoría Externa, Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, Régimen no Contributivo y Tecnologías de Información.
- b) **Oficio N° GP-58.598-16** del 23 de agosto del 2016: presentación “Informe de recaudación y cobro en relación con el artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador para los períodos 2013, 2014 y 2015.
- c) **Oficio N° GP-58.799-2016** de fecha 8 de setiembre de 2016: informe sobre otorgamiento de las pensiones por invalidez en la CCSS a diciembre-2015 y de tiempos de respuesta a junio-2016.

### III) Gerencia Infraestructura y Tecnologías: *asuntos para decisión:*

#### a) **Contratación administrativa:**

- a.i **Oficio N° GIT-4066-2016** de fecha 6 de julio de 2016: propuesta declaratoria de infructuoso licitación pública 2015LN-000001-4402, promovida para la adquisición de terreno para la construcción y equipamiento del Centro de Almacenamiento y Distribución de la CCSS.
- a.ii **Oficio N° GIT-4370-2016** de fecha 12 de setiembre de 2016: propuesta adjudicación licitación abreviada N° 2016LA-000001-1107, promovida para la adquisición del servicio de sostenibilidad para la gestión del desarrollo y mantenimiento de soluciones móviles, para el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y otros intereses de la CCSS”, a favor de la oferta N° 01, oferta nacional, SOIN, Soluciones Integrales S. A.

- b) **Oficio N° GIT-4307-2016** de fecha 22 de agosto de 2016: denuncia por presunto acoso laboral interpuesta por la señora exfuncionaria Diandra Chevez Castro (24°, 8856).

*Asunto informativo:*

- c) **Oficio N° GIT-4321-2016** de fecha 1° de setiembre de 2016: atención artículo 45°, sesión N° 8856 del 28-07-2016: informe sobre estado situación del jaqueo que se produjo en el SICERE (Sistema Centralizado de Recaudación).

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

*Asuntos para decisión:*

- a) **Oficio N° P.E.-2434-2016** fechado 10 de agosto de 2016: propuesta modificación parcial al Reglamento de Juntas de Salud, aprobado en el artículo 18° de la sesión N° 7825 celebrada el 15-01-04: **sustitución de “Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud”** por **Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud** que es la instancia designada para accionar en temas de Junta de Salud.
- b) **Oficio N° P.E.-2422-2016** fechado 9 de agosto de 2016: invitación a la señora Presidenta Ejecutiva para que participe en la **36° del Consejo de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS)**, que se celebrará con ocasión de la 32° Asamblea General en la Ciudad de Panamá, del 14 al 18 de noviembre de 2016.

*Asuntos de carácter informativo:*

- c) **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.**
- d) **Oficio N° P.E.2411-2016** de fecha 9 de agosto de 2016: participación en “*Third in-person meeting of Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain control*” (Tercera Reunión presencial de la Comisión LANCET en el acceso mundial a los cuidados paliativos y control del dolor) que se realizó en Cuernavaca, México..
- e) **Dirección de Planificación Institucional: asuntos para decisión.**
- i) **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 las comunicaciones números P.E.-25.951-15 de fecha 22 de abril de 2015; DPI-356-15 y DPI-531-15.

*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.*

- ii) **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.

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

**A) Seguimiento al oficio de la Presidencia Ejecutiva (sin número) de fecha 4 de mayo del año 2016:**

- a) Solicitud de presentación inmediata a la JD de informe actualizado sobre lo actuado por las Gerencias de la Caja en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley de Control Interno: Ref: Oficio N°55.838 de la Presidencia Ejecutiva.
  - b) Informe de cumplimiento y estado actual de situación de lo resuelto por la Junta Directiva en relación con el oficio N° GL-43.704-2016 sobre Proyecto Evaluación independiente de eficiencia en la contratación pública para la CCSS.
  - c) Presentación inmediata a la Junta Directiva del informe solicitado a las Gerencias Médica, Administrativa y el Director de Planificación Institucional sobre *Propuesta de un programa nacional de promoción de actividad física y estilo de vida saludable*.
  - d) Presentación a la Junta Directiva, a la mayor brevedad, de informe de avance sobre el Plan de innovación para la mejora de la gestión financiera-administrativa de la Caja basado en soluciones tecnológicas y a la articulación de dicho plan con el proceso de reestructuración del nivel central de la CCSS.
  - e) Presentación a Junta Directiva de la propuesta final para resolución del proyecto de reforzamiento del edificio Laureano Ehandi.
  - f) Presentación a Junta Directiva de la propuesta final ajustada de Proyecto de torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios.
- 2) Propuesta de resolución final sobre la situación de los Agentes del INS (Instituto Nacional de Seguros) y regularización de los adeudos de esa institución con la CCSS por este concepto.
  - 3) Informe de situación actual de adeudos del Estado con la CCSS (considerando el pago a efectuarse mediante crédito con el Banco Mundial) y estrategia y acciones de recuperación.
  - 4) Informe actualizado a la Junta Directiva de la Contraloría de Servicios de la CCSS.

- 5) Presentación a Junta Directiva de los resultados del Estudio sobre situación de la adolescencia en Costa Rica, realizado por el Hospital Nacional de Niños, en relación con las Clínicas de la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 6) Revisión de la situación actual del Régimen de pago de la Cesantía en la CCSS y resolución para ajustarlo conforme a lo dispuesto por la ley y en procura de la sostenibilidad financiera institucional.
- 7) Propuesta para revisar las funciones, atribuciones y responsabilidades de las Gerencias de la Caja y determinar los instrumentos y procedimientos de evaluación periódica del desempeño de los gerentes.
- 8) Moción para que, conforme con lo establecido en el Reglamento de Puestos de Confianza, se resuelva de inmediato, la contratación de la asesoría legal y la asesoría financiera requerida por la Junta Directiva de la CCSS.

**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.

***Anotación:** el Gerente de Pensiones presenta el oficio N° GP-60.745-2016 del 31-08-2016.*

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 N° 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:

5) ¿En qué consiste esa investigación?

6) ¿Si alguna instancia de la CCSS la ha conocido?

7) ¿En qué grado está involucrada la CCSS en esa investigación?

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

**Anotación:** por medio del oficio del 6-7-16, N° GM-AJD-14831-2016, la Gerente Médico atiende lo solicitado por el Director Devandas Brenes.

**D) Planteamiento Directora Alfaro Murillo:** informe COMISCA.

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